



Biblioteca

del Congreso Nacional de Chile

Historia de la Ley

Ley N° 19.966 **Establece un régimen de garantías de salud**

3 de Septiembre de 2004

Téngase presente

Esta Historia de Ley ha sido construida por la Biblioteca del Congreso Nacional a partir de la información proporcionada por el Sistema de Tramitación de Proyectos del Congreso Nacional (SIL).

Se han incluido los distintos documentos de la tramitación legislativa, ordenados conforme su ocurrencia en cada uno de los trámites constitucionales del proceso de formación de la ley, en ambas Cámaras.

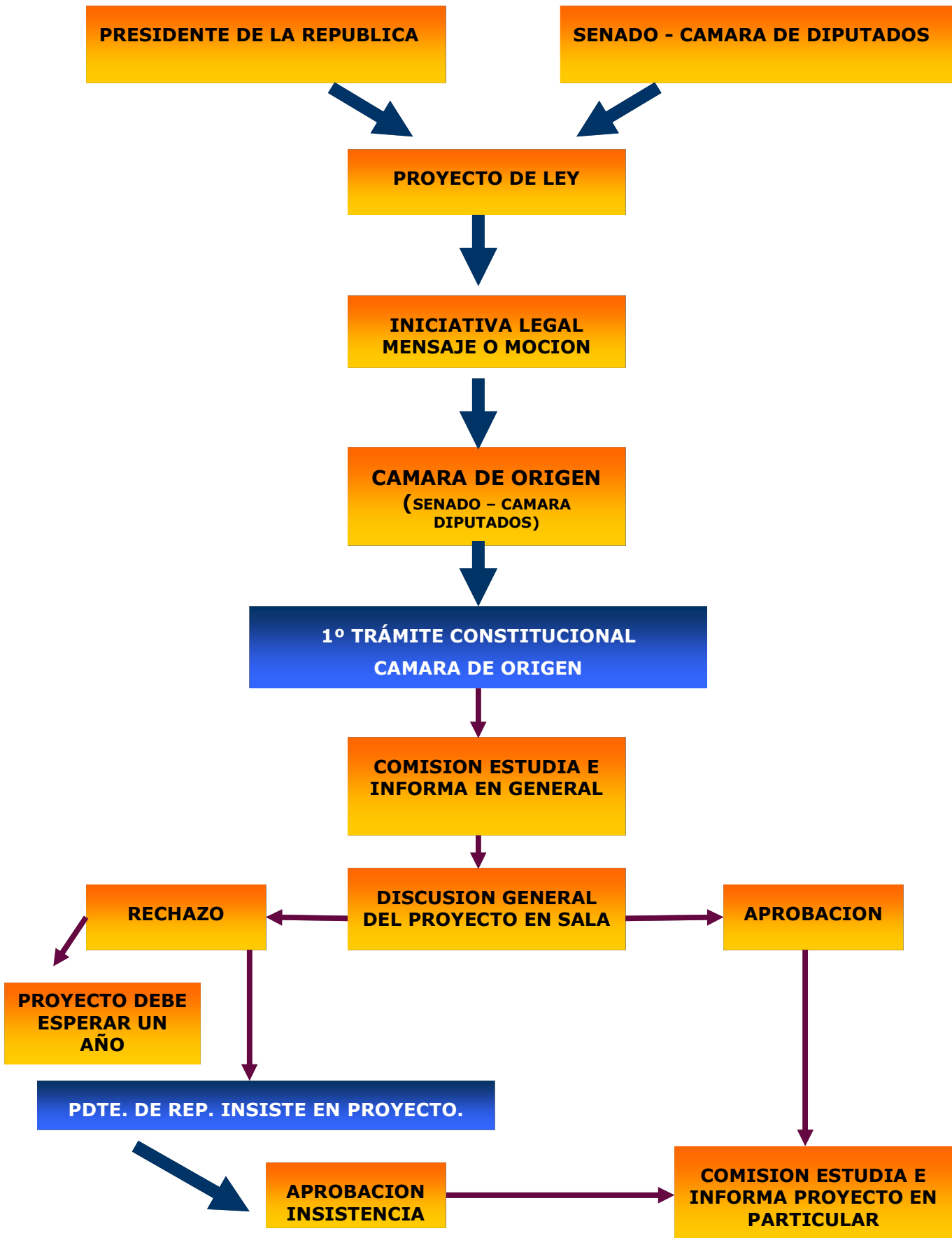
Se han omitido documentos de mera o simple tramitación, que no proporcionan información relevante para efectos de la Historia de Ley, como por ejemplo la cuenta en Sala o la presentación de urgencias.

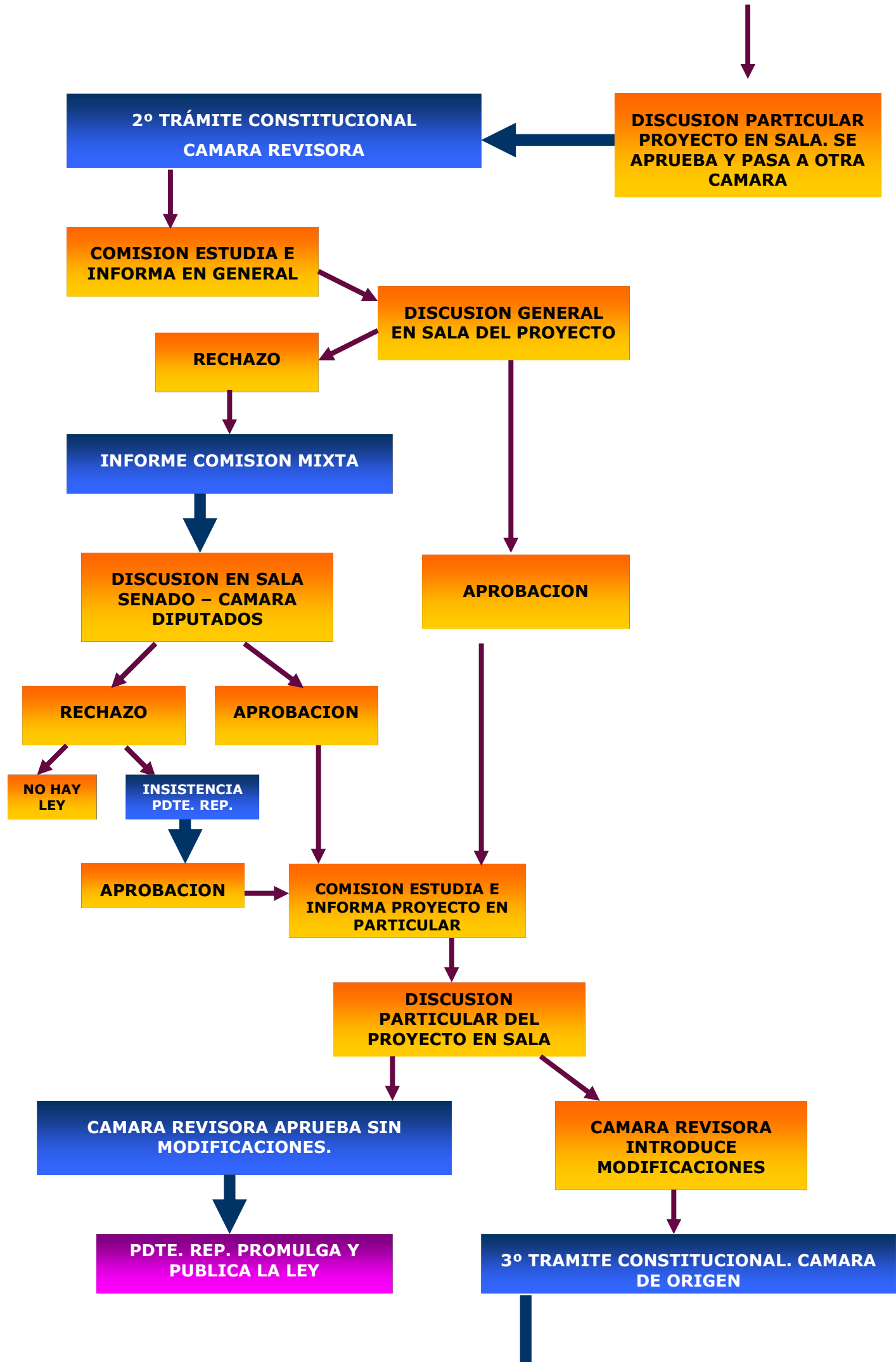
Se entrega un Esquema de la Tramitación de las Leyes, con el cual Ud. podrá enterarse de las distintas posibilidades o alternativas que existen en el proceso de formación de las Leyes.

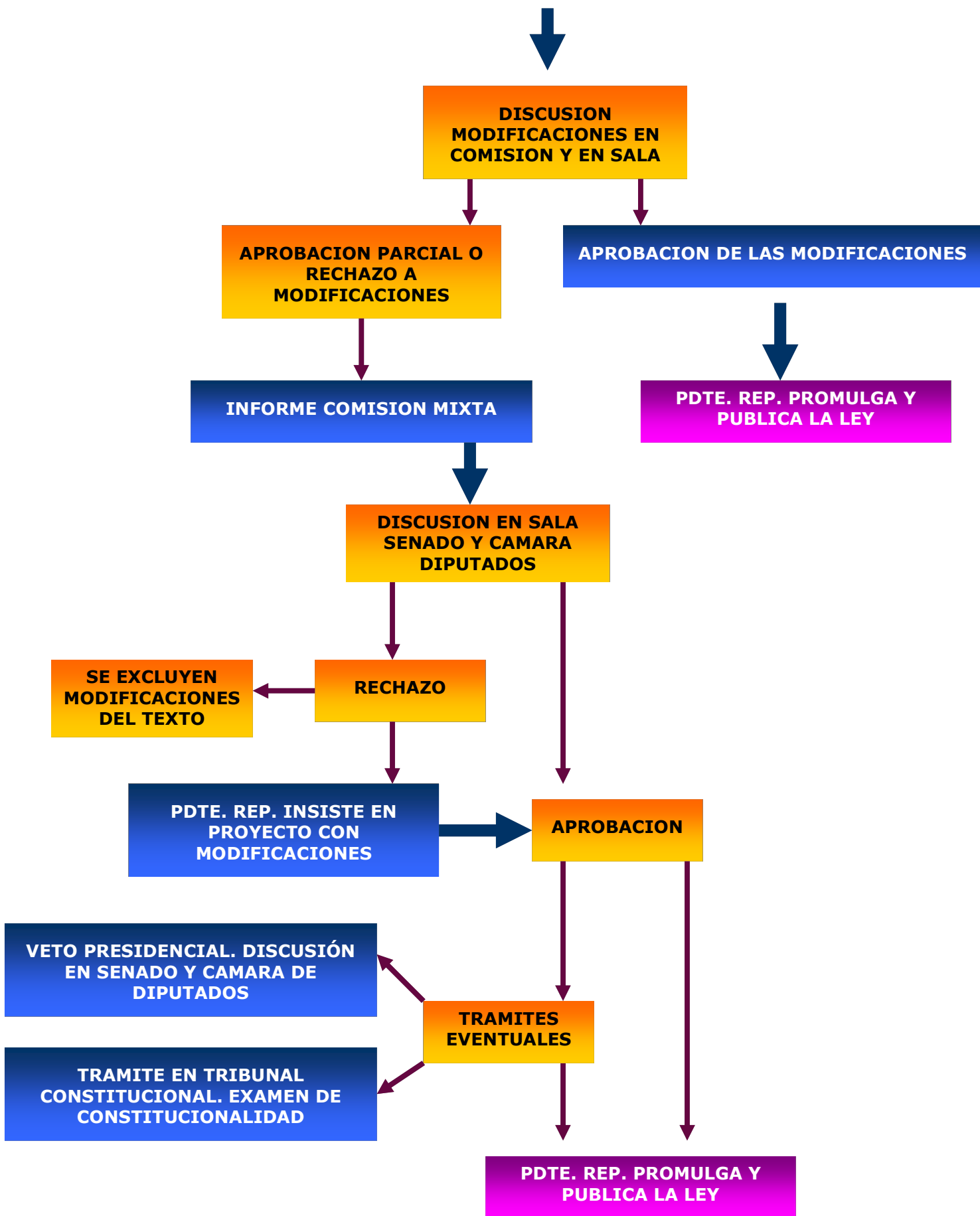
Para efectos de facilitar la impresión de la documentación de este archivo, al lado izquierdo de su pantalla se incorpora junto al índice, las páginas correspondientes a cada documento, según la numeración del archivo PDF.

La Biblioteca del Congreso Nacional no se hace responsable de las alteraciones, transformaciones y/o del uso que se haga de esta información, las que son de exclusiva responsabilidad de quienes la consultan y utilizan.

ESQUEMA PROCESO FORMACION DE LA LEY







INDICE

1. PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL: CÁMARA DE DIPUTADOS	7
1.1. Mensaje del Ejecutivo	7
1.2. Oficio de Cámara de Origen a Corte Suprema	41
1.3. Oficio de Corte Suprema a Cámara de Origen	42
1.4. Primer informe de la Comisión de Salud	45
1.5. Informe Comisión de Hacienda	194
1.6. Discusión en Sala	202
1.7. Segundo Informe Comisión Salud	269
1.8. Segundo informe Comisión Hacienda	344
1.9. Discusión en Sala	352
1.9.1. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora	433
2. SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL. SENADO	457
2.1. Primer Informe Comisión de Salud	457
2.2. Informe Complementario de Comisión Salud	617
2.3. Discusión en Sala	665
2.4. Boletín de Indicaciones	695
2.5. Segundo informe Comisión de Salud	725
2.6. Informe Comisión de Hacienda	868
2.7. Discusión en Sala	920
2.8. Oficio de Cámara Revisora a Cámara de Origen	936
3. TERCER TRÁMITE CONSTITUCIONAL. CÁMARA DE DIPUTADOS	967
3.1. Discusión en Sala	967
3.2. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora	1003
3.3. Oficio de Cámara de Origen al Ejecutivo	1004
4. PUBLICACIÓN DIARIO OFICIAL	1032
4.1. Ley N° 19.966	1032

MENSAJE PRESIDENCIAL

1. Primer trámite constitucional: Cámara de Diputados**1.1. Mensaje del Ejecutivo**

Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías de salud. 4 de junio de 2002.
Cuenta en Sesión 2, Legislatura 347.

**MENSAJE DE S.E. EL
PRESIDENTE DE LA
REPUBLICA CON EL QUE SE
INICIA UN PROYECTO DE LEY
QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN
DE GARANTÍAS EN SALUD.**

SANTIAGO, 22 de mayo de 2002

MENSAJE N° 1-347/

Honorable Cámara de Diputados:

A S.E. EL
PRESIDENTE
DE LA H.
CAMARA DE
DIPUTADOS.

En uso de mis facultades constitucionales, vengo en proponer a esa H. Corporación un proyecto de ley que tiene por objeto crear un Régimen de Garantías en Salud.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La salud es un producto de la vida en sociedad. Por ello, cada época y cada sociedad tienen su particular estado de salud, generado por la combinación de factores que hacen posible incrementar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos.

La interacción de esos factores no ha sido históricamente dejada al azar, sino muy por el contrario, han sido políticas pro-activas de los gobiernos las que han permitido identificarlos, a fin de implementar acciones que permitan controlarlos.

MENSAJE PRESIDENCIAL

En nuestro país en particular, fue la decidida acción del Estado la que permitió alcanzar los indicadores de salud de los que hoy disfrutamos. Por lo mismo, debemos hacer un nuevo esfuerzo para satisfacer las necesidades crecientes que nuestra misma evolución ha generado.

La década de los cincuenta.

Hace cincuenta años, Chile dio un gran salto con la creación del Servicio Nacional de Salud, que significó la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el establecimiento de una estructura nacional que definió la responsabilidad del Estado en Salud Pública.

En ese momento, el país supo definir sus prioridades sanitarias y ordenar sus recursos para proteger eficazmente la salud de la madre y el niño y controlar las enfermedades infecciosas. Como resultado de ello, hoy podemos exhibir las más bajas tasas de mortalidad infantil de la región y estamos cercanos a la eliminación efectiva de la tuberculosis, entre otros logros.

La solidez y fortaleza del Servicio Nacional de Salud no solo permitió mejorar la salud de la población, sino que generó una profunda vinculación entre el quehacer sanitario y el respaldo ciudadano.

La década de los ochenta.

A partir de 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron. Ello obedeció, por una parte, a su fragmentación, resultado del traspaso de la atención primaria a los municipios; y, por otra, a su segmentación, producto de la creación de las Isapres.

Esta tendencia se agravó con la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que padeció el sector público durante este periodo. El promedio anual de la inversión sectorial en la década de los ochenta fue apenas de 8.089 millones de pesos.

La década de los noventa.

En los años noventa se realizó un considerable esfuerzo de inversión para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública, en particular la hospitalaria. Estos recursos se destinaron preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban un mayor grado de deterioro de su infraestructura y una mayor vulnerabilidad médico social de su población beneficiaria. El promedio anual de inversión en los noventa fue de 46.729 millones de pesos, cifra seis veces mayor a la de la década anterior.

Al mismo tiempo, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector y se completaron las dotaciones de profesionales, las que acusaban serios déficit.

La situación actual.

A pesar de estos ingentes esfuerzos en la última década, el modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se expresa, de un lado, en la

MENSAJE PRESIDENCIAL

insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, tanto en el sector público, en que las personas beneficiarias del mismo solicitan una mejoría en la cobertura, en el trato y en la oportunidad, como en el sector privado, en que demandan una mayor protección de sus derechos. Por la otra, es importante reconocer que existen espacios para realizar importantes mejoras de gestión que aseguren que los esfuerzos futuros de inversión se traduzcan en más y mejores prestaciones para la población.

La sociedad chilena no puede seguir tolerando que cada año 700 mujeres mueran de cáncer al útero, cuando una intervención oportuna les podría haber salvado la vida.

Resulta también inaceptable que cada año mueran 2.000 mujeres de cáncer a la vesícula, enfermedad también prevenible y que 1.600 de ellas sean pobres y de baja instrucción.

Tampoco se puede permitir que muchas mujeres que desarrollan un tumor mamario deban esperar demasiado tiempo para la confirmación del diagnóstico y tratamiento correspondiente, lo que disminuye significativamente sus posibilidades de sobrevivir.

No se puede, tampoco, permitir que un accidente de tránsito o una enfermedad grave constituyan una causa de empobrecimiento de la familia, como sucede hoy en día con muchos de los beneficiarios del sistema privado, cuyas coberturas financieras resultan insuficientes para solventar los gastos asociados a estas patologías de alto costo.

El dolor de tantas familias chilenas es la motivación para dar este nuevo gran impulso. La reforma al sistema de salud del país intenta responder a las necesidades y expectativas de la población, en un momento en el cual numerosos elementos aconsejan el rediseño de la institucionalidad vigente.

VALORES Y PRINCIPIOS QUE INFORMAN LA REFORMA A LA SALUD.

Los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma a la salud que estamos impulsando, pueden resumirse en los siguientes:

Derecho a la salud.

Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas.

Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Equidad en salud.

La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar.

La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud.

Hoy, en nuestro país, existen situaciones de desigualdad respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.

La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos.

Así, la mortalidad infantil ha mostrado un sostenido descenso en las tasas, desde 32 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 10 por 1.000 nacidos vivos en 1998. Sin embargo, detrás de estas cifras se esconden grandes diferencias geográficas y por estrato socioeconómico, que resultan en brechas de equidad. Por ejemplo, un niño hijo de una madre sin instrucción, tiene un riesgo de morir en el primer año de vida 5 veces mayor que un hijo de una madre con instrucción; y se registran diferencias de hasta 15 veces en la mortalidad infantil de comunas urbanas de alto nivel socioeconómico con sus homónimas rurales y pobres.

Solidaridad en salud.

Otro de los principios que inspiran la reforma es la solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.

Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

Eficiencia en Uso de Recursos.

Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es

MENSAJE PRESIDENCIAL

condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.

Es reconocido el esfuerzo de inversión fiscal que se ha realizado en la última década en el sistema de salud, destinado principalmente a recuperar la infraestructura pública, fortalecer la atención primaria y recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal del sector.

Sin embargo, existe evidencia que este esfuerzo podría haberse reflejado de manera más significativa en la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas a la ciudadanía. Existe, por lo tanto, un espacio para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, que se traduzca en una mejor atención médica y un mejor trato para la población.

Esta mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucren tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde es necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

En consecuencia, el compromiso de lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos implica un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, y va en directo beneficio de la salud de la población.

Participación social en salud.

La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática.

Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas.

La participación ciudadana debe comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud.

La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma a la salud.

Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Nuestro compromiso con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable.

**FUNDAMENTOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LA REFORMA A LA SALUD.
*Expectativas de la población.***

La población, cada vez mejor educada e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud.

Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobretodo, que se le resuelva su problema.

Perfil epidemiológico y cambios demográficos.

Nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de ésta, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo.

Esta transición forma parte de cambios sociales, económicos y culturales, insertos en un mundo globalizado.

Lo anterior significa que coexisten problemas de salud de diversa índole. Por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

Los siguientes ejemplos confirman la necesidad de un manejo diferente al de hoy para alcanzar las metas sanitarias que el país se ha propuesto.

Enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Chile (27,1% del total de las defunciones en 1998).

La hipertensión arterial afectaría al 18% de la población mayor de 20 años, esto es, más de 1.700.000 personas, de las cuales sólo un 10% de ese total es diagnosticada y un porcentaje aun menor adhiere a programas de control (Encuesta de Calidad de Vida y Salud, MINSAL-INE 2000).

El adecuado control de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y una dieta inadecuada, permitirá reducir la prevalencia de estas enfermedades. De esta misma forma, el acceso a intervenciones clínicas eficaces también es fundamental para mejorar la sobrevida.

Cáncer.

Cada día mueren alrededor de 50 chilenos por cáncer y cada año se producen alrededor de 36.000 hospitalizaciones por ésta enfermedad y se

MENSAJE PRESIDENCIAL

estima que anualmente se diagnostican más de 30.000 nuevos casos, de los cuales mueren más del 60%.

El cáncer ocupa el segundo lugar en las causas de muerte del país, con el 22% del total de las ocurridas el año 1998.

Tres de los cánceres que causan más muertes en las chilenas, cáncer de vesícula biliar, cáncer de mama y cáncer cervicouterino, tienen exámenes de detección precoz que permiten su prevención. Otros cánceres como los infantiles, incluyendo leucemia y linfoma, y el cáncer de testículo, tienen buen pronóstico con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Diabetes Mellitus.

En Chile, el 3,2% de la población dice haber sido diagnosticado con esta enfermedad, porcentaje equivalente a más de 300.000 personas, según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud MINSAL-INE 2000, en tanto se estima que una cifra similar padece la enfermedad pero no ha sido diagnosticada y por lo tanto, enfrenta un mayor riesgo de presentar complicaciones.

La diabetes representa la séptima causa de muerte en Chile, según datos del Ministerio de Salud de 1998, principalmente por la enfermedad cardiovascular asociada a la misma. Es, asimismo, la principal causa de amputación por causa no traumática y también una de las principales causas de ceguera y de insuficiencia renal crónica.

Evitar que la diabetes derive en complicaciones graves requiere su detección precoz, control metabólico adecuado, desarrollo de hábitos saludables, todo lo cual se puede llevar a cabo en la Atención Primaria.

Obsolescencia del modelo de atención de salud.

El nuevo perfil epidemiológico exige transformaciones y adaptaciones al actual modelo de atención, cuyo diseño fue concebido para una época con otras necesidades. Una expresión concreta de la limitada capacidad del sector público de atender a las nuevas demandas la representan las "listas de espera" de consultas de especialidades, que consignan que más de 200.000 personas esperan para ser atendidos por una especialista.

El modelo vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud. Hoy día este sistema se hace insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de mejorar la salud de la población adulta y de tercera edad.

Por otra parte, los esfuerzos realizados para fortalecer el nivel primario de atención han sido limitados, lo que se manifiesta en la baja capacidad para resolver los problemas emergentes que éste exhibe en la actualidad.

El desafío de la reforma es desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención y que se centre en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Este modelo persigue maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante un uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen eficacia y efectividad científicamente demostrada.

La modernización del modelo de atención implica también superar la actual fragmentación del sistema de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

MATERIAS QUE SE DEBEN ABORDAR EN LA REFORMA A LA SALUD.

Considerando estos hechos, valores y fundamentos, tenemos la convicción de la necesidad de llevar a cabo una reforma a la salud, la cual, necesariamente, es compleja, por cuanto se deben abordar un conjunto integral y coherente de materias, algunas de las cuales requerirán de nuevas leyes o de modificaciones a las actuales. Para que esta reforma logre su desafío, es necesario asegurar la integralidad de sus componentes.

Definición de los Objetivos Nacionales de Salud.

La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población que se han señalado.

En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

En este sentido, creemos que las metas que nos debemos plantear para la década 2000 - 2010, deben orientarse a:

- a) Disminuir las desigualdades en salud.
- b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El derecho a la salud, señalado como elemento esencial de la política de Gobierno, deberá ser garantizado a la población mediante un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que permitan el ejercicio del mismo, con respaldo de una institucionalidad adecuada.

Más adelante explicaremos en detalle esta materia, por cuanto el presente proyecto de ley, precisamente, aborda uno de los componentes del AUGE, que pretendemos instaurar en nuestro país, y que dice relación con el Régimen de Garantías en Salud.

No obstante, es preciso, en todo caso, efectuar un par de reflexiones sobre la materia.

MENSAJE PRESIDENCIAL

En efecto, un sistema de salud existe para proteger la salud de las personas y para, en el evento que ella sea afectada, remediar o paliar sus efectos negativos.

Desde esta perspectiva, es posible distinguir dos componentes. Un primer elemento está constituido por las acciones de salud pública. Un segundo elemento lo constituyen las prestaciones para hacer frente a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud.

El componente de salud pública del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El primer componente es el conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y otros condicionantes, y a promover la creación de condiciones saludables en la vivienda, la ciudad y el trabajo y a la adopción de comportamientos colectivos e individuales que mantengan sana a la población.

Algunas acciones son de carácter colectivo o poblacional, como por ejemplo las acciones ambientales y la educación en salud, y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo las vacunas.

El componente de Salud Pública se financia actualmente mediante aporte fiscal y es elaborado, evaluado y administrado por el Ministerio de Salud.

Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones públicas y privadas, en una relación de complementariedad.

Para su formulación, se deben considerar los Objetivos Nacionales de Salud, el avance en el cumplimiento de los mismos, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones propuestas y la evolución de la situación sanitaria del país.

El componente de salud de las personas del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

Este segundo componente es el conjunto de enfermedades y condiciones de salud, priorizadas de acuerdo a la importancia sanitaria, efectividad del tratamiento, impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas.

Para estas patologías, actualmente, se determinan acciones y prestaciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, necesarias y efectivas para resolver integralmente los problemas de salud de las personas.

No obstante, se hace necesario introducir a este componente un conjunto de perfeccionamientos, de modo de asegurar efectivamente su funcionamiento.

Es así como se requiere de un Régimen de Garantías en Salud que establezca diferentes niveles de garantías, muchas de ellas explícitas en tiempos de espera, complejidad de la atención y cobertura financiera, exigibles

MENSAJE PRESIDENCIAL

por las personas y fiscalizadas por la autoridad de salud, que lo transformen en el instrumento esencial para asegurar el acceso equitativo y no discriminatorio al sistema de atención de salud.

Este componente debe ser obligatoriamente asegurado a los beneficiarios, tanto del Fondo Nacional de Salud como de las Instituciones de Salud Previsional, instituciones que deben ser responsables del cumplimiento de las garantías explicitadas.

En el caso del Fondo Nacional de Salud, si la oferta pública no fuera suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes, dicha institución deberá comprar aquellas prestaciones necesarias en el sector privado.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán entregar este componente sin discriminación de precios a todos sus beneficiarios. Esto permitirá desvincular el costo de los seguros del riesgo individual de enfermar. Así, se materializará la solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres.

Nuevo modelo de atención.

Una tercera materia a abordar en el proceso de reforma que proponemos, dice relación con el modelo de atención.

Este modelo debe, en lo esencial, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y optimizar las intervenciones, en su eficiencia y eficacia.

El nuevo modelo de atención debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutiva, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, que asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Recursos Humanos.

Una cuarta materia que debemos abordar es la relativa a los recursos humanos.

En efecto, los trabajadores de la salud constituyen la pieza fundamental en que se apoya cualquier intento de reforma sectorial, tanto para el cambio en el modelo de atención como en el desarrollo de una orientación hacia el usuario.

Contar con un recurso humano comprometido, requiere de políticas que contemplen su permanente actualización, crecimiento profesional, remuneraciones acordes con sus responsabilidades y desempeño, y espacios de participación.

Tan importante como lo anterior, es dotar a los trabajadores del sector de un entorno laboral confortable y que incorpore los avances de la modernidad y que favorezca la constitución de equipos de trabajo, en que cada integrante pueda aportar su experiencia e ideas al proceso asistencial.

Un renovado compromiso de los trabajadores del sector, llevará a profundizar un modelo laboral participativo, flexible, innovador y que estimule la creatividad y la calidad del servicio a entregar. Para ello será necesario el desarrollo de una política de personal al interior del sector público que dé cuenta de las particularidades del sector salud, combinando los requerimientos de organización y gestión local con la mantención de un sistema global.

Se trata de definir objetivos comunes por establecimiento y equipos de trabajo coherentes con la red, la integración real de todos los estamentos en las diferentes instancias de participación, la adecuación de las dotaciones con los nuevos perfiles epidemiológicos, las necesidades de la población y las metas planteadas.

Autoridad Sanitaria.

Una quinta materia que debe revisarse, dice relación con la autoridad sanitaria.

En efecto, para implementar la reforma y regular el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas, se requiere de un Ministerio de Salud rector, con potestades regulatorias y fiscalizadoras, capaz de detectar nuevos problemas de salud, anticipando soluciones, y de controlar aquellos que ya hoy constituyen amenazas para la sociedad chilena.

Para lo anterior es clave la separación de funciones y una identificación precisa de los ámbitos de responsabilidad, de manera de reforzar el control de gestión y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Así, concentrar al Ministerio en las tareas de rectoría y regulación, implica desligarlo de obligaciones vinculadas a la gestión del sistema público, que hoy ocupan gran parte de su quehacer, tanto a nivel del financiamiento como de las atenciones de salud.

MENSAJE PRESIDENCIAL

La Autoridad Sanitaria, en consecuencia, deberá velar para que todos los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, estén acreditados en su capacidad de entregar una atención de calidad y sean complementarios para la mejor utilización de los recursos disponibles en el país.

Financiamiento.

Un elemento crucial en el éxito de la reforma, lo constituye su financiamiento.

Para tal efecto, se propondrá la creación de un Fondo Solidario, para financiar las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud. Este Fondo Solidario se financiará con recursos fiscales que provendrán de reasignaciones, mejoras en la gestión y focalización, crecimiento de la economía, e impuestos a los males. Esto último, además de tener un objetivo de recaudación solidario, es eficiente al desincentivar el consumo de productos dañinos para la salud de la población.

Dentro de las mejoras en la gestión y focalización, debe resaltarse que el pago de los subsidios maternales se hará solidariamente, por la vía de las cotizaciones de salud de hombres y mujeres, sin alterar los beneficios a que hoy tienen derecho las mujeres trabajadoras y previniendo, así, eventuales discriminaciones contra ellas. Se introduce, de este modo, un elemento de equidad, hoy ausente, entre beneficios y contribuciones.

Mejoramientos de gestión.

Finalmente, otra materia a abordar en la reforma a la salud que se busca, se refiere a las mejoras de gestión, lo que constituye una obligación moral del Estado, siendo su responsabilidad ante la ciudadanía asegurar el máximo de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La eficiencia es hoy, más que nunca, un imperativo ético, ya que mientras mejor se utilicen los recursos disponibles, mayor cobertura y calidad otorgaremos a la población. Esto es particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos en relación a la magnitud de las necesidades. En este sentido, tenemos que insistir en la eficiencia y en la necesidad de rendición de cuenta por parte de los directivos del sistema público de salud.

Por ello, entre otras medidas, se requiere:

a) Que todos los incrementos de recursos que se destinen a los servicios de salud en los próximos años se efectúen de acuerdo a la demanda efectiva por prestaciones que éstos enfrenten.

b) Que los incrementos de remuneraciones al personal profesional, técnico y administrativo que se desempeña en los servicios públicos de salud se vincule a su desempeño, y que los incrementos en remuneraciones generales o bases sean atendidos exclusivamente a través de los reajustes generales de remuneraciones en el sector público.

MENSAJE PRESIDENCIAL

c) Que, respetando la estabilidad, se incremente la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos al interior de los servicios de salud, para lo que se requerirá de los jefes de servicios hacer pleno uso de sus facultades para la asignación de personal entre los hospitales y servicios clínicos de su dependencia, evitando la inamovilidad del personal de planta.

d) Que se exija al personal el cumplimiento pleno de sus obligaciones funcionarias, desapareciendo el incumplimiento horario, así como la atención de pacientes privados sin el respectivo convenio con el hospital. Asimismo, se requiere que el ausentismo entre el resto del personal se adecue a niveles normales.

e) Que se optimice el aprovechamiento de la capacidad profesional de los médicos en los hospitales públicos, descargándolos de funciones que pueden ser cumplidas por otros profesionales; así como el empleo de profesionales no médicos para procedimientos en los que sea factible la sustitución.

f) Que se promueva entre los directores de establecimientos el pleno uso de sus facultades administrativas, identificando como clara prioridad la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

g) Que se establezca un riguroso sistema de control de gestión. Para ello, deben considerarse metas sanitarias, administrativas y financieras. Con el pleno desarrollo del Programa de Prestaciones Valoradas como principal mecanismo de asignación de recursos dentro del sistema, no será justificable que los hospitales incurran en un sobreendeudamiento con proveedores.

h) Que se controle rigurosamente el fraude y el abuso en los subsidios de salud, el pago de prestaciones por pacientes no indigentes y el uso del sistema de medicina curativa de libre elección. Asimismo, se requiere revisar y reforzar la institucionalidad en la que se insertan estos servicios, de modo de generar incentivos a una fiscalización y cumplimiento efectivos.

EL ITINERARIO LEGAL DE LA REFORMA.

Como vemos, la reforma a la salud nos exigirá a todos y cada uno de quienes ejercemos la función pública, de nuestro mayor esfuerzo y dedicación, para obtener un sistema acorde con las necesidades del país.

En este sentido, resulta útil destacar que ya en el año 2001 presentamos a consideración de ese H. Congreso, un proyecto de ley denominado "De los Derechos y Deberes de las Personas en Salud", el cual pretende "empoderar" a las personas en su relación con el sistema de salud.

El segundo proyecto, que es el que en esta oportunidad presentamos, establece las bases para la aplicación de un instrumento que permita priorizar las actividades de salud, asignándoles garantías explícitas de acuerdo a su nivel de importancia para la salud de las personas y los objetivos sanitarios del país.

MENSAJE PRESIDENCIAL

El cumplimiento de las garantías establecidas, va a requerir una nueva institucionalidad sectorial que permita una formulación precisa de las políticas de salud, normas e instrumentos de fiscalización.

Las iniciativas legales que se enviarán próximamente al H. Congreso Nacional, y que forman parte de una reforma integral, coherente e inseparable, serán las siguientes:

1.- Proyecto de ley sobre Autoridad Sanitaria, que fortalecerá las atribuciones del Ministerio de Salud y de sus organismos descentralizados, de manera de concentrarlos en funciones que les debieran ser propias.

2.- Proyecto de ley que introduce diversas modificaciones a la Ley N° 18.933, toda vez que la comunidad nacional, a través del Poder Legislativo, ha demandado en reiteradas oportunidades una mayor regulación en el ámbito de la salud privada, otorgando mayores facultades de fiscalización a la Superintendencia del ramo y comprometiendo a éstas en una mayor integralidad en las atenciones de salud que entregan.

3.- Iniciativas legales sobre Mejoras de Gestión, ya que urge contar con un sistema eficiente en el manejo de los recursos que sustente efectivamente la entrega de atención oportuna y de calidad a la población. Para este propósito, se encuentra en elaboración un conjunto de iniciativas legales que abarcarán los ámbitos de administración de recursos humanos, transferencias financieras a los servicios, uso de subsidios en salud, y focalización de beneficios en la población de menores recursos.

4.- Iniciativas legales sobre financiamiento, con el objeto de respaldar, de manera solidaria, las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud, y así asegurar su cobertura.

CONTENIDO DEL PROYECTO.

El presente proyecto de ley reafirma los valores sobre los cuales se construyó la estructura institucional de la salud pública chilena, adecuándola a los desafíos epidemiológicos y a las necesidades actuales de una población más informada, culta y exigente que hace 50 años, dotándola de derechos exigibles para hacer efectivas las garantías contenidas en esta iniciativa legal, las que sin lugar a dudas contribuirán a alcanzar mejores niveles de salud.

Con este proyecto, estamos dando un paso trascendental en el camino para lograr las profundas transformaciones que permitirán que toda persona tenga, sin discriminaciones por capacidad de pago, género o edad, en un país que tiene limitaciones reales de recursos, una mejor salud y una atención de mayor calidad, más eficiente y oportuna.

El Régimen de Garantías en Salud.

La presente iniciativa legal contempla los mecanismos legales necesarios para establecer e implementar el "Régimen de Garantías en Salud", que, en síntesis, implica dotar al Ministerio de Salud de las atribuciones para definir prioridades sanitarias y garantías explícitas.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Resulta importante destacar que las garantías que se explicitarán de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, deberán ser iguales para los beneficiarios del sistema público y privado de salud, dando así un paso importante en la disminución de las brechas de equidad que hoy caracterizan al sistema de salud chileno en su conjunto.

Criterios para definir el Régimen.

La definición de prioridades deberá considerar, al menos, criterios de magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las acciones necesarias para su control disponibles en el país; la eficiencia de Fonasa e Isapres; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera; así como los valores sociales y culturales pertinentes.

El Consejo Consultivo.

En este proceso de priorización, se ha estimado necesario que participe la sociedad en su conjunto. Para ello, se conforma un Consejo Consultivo encargado de esa tarea y que dé garantías de independencia e idoneidad y cuente con los mecanismos para recoger las inquietudes que al respecto pueda plantear la comunidad.

El Consejo Consultivo estará integrado por nueve profesionales, nombrados por el Presidente de la República, de conocida trayectoria en el campo de la medicina, la salud pública, la economía y disciplinas relacionadas.

La función principal del Consejo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión del Régimen que se crea.

El Régimen de Garantías en Salud se establecerá en un decreto supremo.

Dada la constante evolución, tanto de las enfermedades y condiciones de salud, así como de los avances científicos, se ha estimado necesario que la definición de las patologías y de las prestaciones vinculadas con ellas, así como las garantías explícitas, sean definidas por decreto supremo.

Lo anterior, permitirá reaccionar oportuna y rápidamente ante situaciones nuevas que se presenten, dando la flexibilidad necesaria para tales fines.

El Régimen se revisará periódicamente.

Las enfermedades, prestaciones y garantías deberán ser revisadas obligatoriamente cada tres años, período de tiempo suficiente, tanto para incorporar nuevas tecnologías, como para analizar la evolución epidemiológica de la población.

En todo caso, el proyecto permite que, en casos calificados, puedan hacerse revisiones antes de los tres años, para dar cuenta de imprevistos sanitarios que sean necesarios enfrentar.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Otorgamiento de las prestaciones y garantías.

Por otro lado, el proyecto establece que, tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional, estarán obligados a otorgar las prestaciones y garantías que se definan, a todos los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Tal obligación, empero, no impide que el Fondo Nacional de Salud otorgue a sus beneficiarios otras prestaciones y beneficios complementarios, que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera que los establecidos en el Régimen que se crea.

Lo mismo sucede en el caso de las Instituciones de Salud Previsional.

La exigibilidad y protección de los derechos y garantías del Régimen. Los derechos y garantías que se establecen en el Régimen serán exigibles.

Como es fácil advertir, de nada vale contar con un Régimen de prestaciones adecuado, con garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, si el ciudadano no tiene las herramientas para hacerlos exigibles.

A este respecto, el presente proyecto cambia el paradigma que, hasta el momento, existe en nuestro derecho.

En efecto, la Constitución Política de la República, a propósito del Recurso de Protección, dispone de un eficaz instrumento para que las personas que vean amenazados, perturbados o privados sus derechos y garantías, puedan obtener de la Justicia la protección debida.

No obstante, dicha acción constitucional solamente otorga amparo a los denominados derechos individuales, es decir, a aquellos derechos civiles y políticos en que es claro el deber de abstención del Estado y demás particulares respecto del ejercicio de los mismos. Así, por ejemplo, se ampara el derecho a la vida, a la igualdad ante la ley, a la libertad de trabajo, etc.

Pero no se otorga igual tutela para los llamados derechos sociales, esto es, aquellos que suponen prestaciones por parte del Estado o de privados que otorgan un servicio público.

El presente proyecto de ley, entonces, explícitamente señala que las garantías que establezca el Régimen "serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan".

La fiscalización.

Es por ello que, para el caso de las Instituciones de Salud Previsional, se contempla expresamente que la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud lo efectúe la Superintendencia de Isapres.

En el caso del Fondo Nacional de Salud, el proyecto contempla la creación de un servicio público encargado de la fiscalización del Régimen, denominado "Superintendencia de Garantías en Salud".

MENSAJE PRESIDENCIAL

Dicha Superintendencia estará facultada, entre otras cosas, para interpretar administrativamente, en lo relativo al Régimen de Garantías en Salud, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen al Fondo Nacional de Salud; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento; velar porque el Fondo Nacional de Salud cumpla con las leyes y reglamentos que lo rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, en todos los aspectos que digan relación con el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores; y para resolver los reclamos que presenten los beneficiarios de la Ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación al Régimen de Garantías en Salud.

La estructura organizacional, financiamiento y demás normas necesarias para el funcionamiento de la Superintendencia de Garantías en Salud, será materia de un decreto con fuerza de ley, razón por la cual el proyecto contempla que el H. Congreso faculte al Presidente de la República al respecto.

Adecuación de normas vigentes.

Dado que el presente proyecto crea un Régimen nuevo en el sistema de salud, ha sido necesario introducir una serie de modificaciones a las leyes N° 18.469 y N° 18.933, de modo de adaptar estos cuerpos legales a la nueva realidad.

En este sentido, una de las modificaciones que se introduce a la Ley que rige al sistema privado de salud, se refiere a que el precio que las Isapres cobren por concepto del Régimen de Garantías en Salud, deberá ser el mismo, sin que sea factible establecer diferencias por sexo y edad.

Vigencia del primer Régimen de Garantías en Salud.

El proyecto dispone que el primer Régimen de Garantías en Salud deberá establecerse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación del reglamento del Consejo Consultivo.

Lo anterior es así, toda vez que no es posible que el primer instrumento que se dicte, no haya sido sometido a la revisión del Consejo. Y dado que, para que éste sesione y adopte acuerdos, necesita del reglamento de funcionamiento del mismo, se ha establecido como hito para el cómputo de plazos precisamente dicho cuerpo normativo.

Publicado el decreto supremo en que conste el primer Régimen de Garantías en Salud, éste comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente a dicha publicación.

Tal período es necesario para permitir que, tanto el Fondo Nacional de Salud, como las Instituciones de Salud Previsional, adecúen sus procedimientos y puedan garantizar el cumplimiento del mencionado Régimen.

En mérito de lo anteriormente expuesto, someto a vuestra consideración, el siguiente

MENSAJE PRESIDENCIAL

P R O Y E C T O D E L E Y :**"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD****Párrafo 1°
Disposiciones Generales**

Artículo 1°.- La presente ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud, en adelante, también, "el Régimen".

Dicho Régimen es parte integrante del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, conforme a la normativa vigente, y a las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Artículo 2°.- El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios.

Artículo 4°.- El Régimen consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Los estándares de calidad deberán tener en consideración la evidencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de entrega de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para la entrega de prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección Financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Párrafo 2°

De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- El Régimen será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por Decreto Supremo de dicho Ministerio, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueran necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un Reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico y económico; desarrollo de estudios; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen, que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°**Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías****en Salud**

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión de dicho Régimen.

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía y disciplinas relacionadas.

Dichos Consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Ministro de Salud, por un período de seis años, prorrogables por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su

MENSAJE PRESIDENCIAL

desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el Reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario definido, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen propuesto.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los Consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos entregados por el Ministerio, el que los hará llegar con, a lo menos, sesenta días de anticipación a la fecha de su convocatoria.

Artículo 11.- Un Reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento a seguir para la evaluación del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de Consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para dar cuenta pública de sus sesiones y de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación, y el plazo para evacuar el informe.

Párrafo 4°**De la Revisión del Régimen de Garantías en****Salud**

Artículo 12.- El Régimen deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un Decreto Supremo fundado.

Las modificaciones al Régimen deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto

MENSAJE PRESIDENCIAL

respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Párrafo 5°

De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 13.- El Régimen deberá ser otorgado obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y a los de las Isapres, por el Fondo Nacional de Salud y por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.

Artículo 14.- El Fondo Nacional de Salud podrá otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, otras prestaciones o beneficios complementarios que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera, que los contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

Por su parte, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a sus beneficiarios planes complementarios al Régimen de Garantías en Salud vigente, de conformidad a lo dispuesto en la letra a), del artículo 33, de la Ley N° 18.933. Dichos planes deberán especificar los beneficios complementarios ofrecidos y el precio adicional de éstos, si correspondiere.

MENSAJE PRESIDENCIAL

TÍTULO II
DE LA FISCALIZACIÓN DEL RÉGIMEN DE
GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1°

De la Superintendencia de Garantías en Salud

Artículo 15.- Créase la Superintendencia de Garantías en Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la Ley N° 18.469.

Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Interpretar administrativamente, en lo relativo al Régimen de Garantías en Salud, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen al Fondo Nacional de Salud; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

2.- Velar porque el Fondo Nacional de Salud cumpla con las leyes y reglamentos que lo rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, en todos los aspectos que digan relación con el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

MENSAJE PRESIDENCIAL

3.- Resolver, en los términos a que se refiere el artículo 21, los reclamos que presenten los beneficiarios de la Ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación al Régimen de Garantías en Salud.

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan dar cumplimiento al Régimen de Garantías en Salud.

5.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

6.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios que contempla el Régimen de Garantías en Salud, así como las medidas adoptadas respecto del Fondo Nacional de Salud para velar por el correcto funcionamiento de dicho Régimen.

7.- Imponer las sanciones que establezca la ley.

8.- Ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de prestaciones conforme lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

9.- Las demás que le señalen las leyes.

Artículo 18.- Las órdenes que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 19.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 20.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que

MENSAJE PRESIDENCIAL

corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas de dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Artículo 21.- Toda persona beneficiaria de la Ley N° 18.469 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en el Régimen

MENSAJE PRESIDENCIAL

de Garantías en Salud. El Superintendente actuará como arbitro arbitrador sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.

Artículo 22.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas, deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 23.- Será facultad de la Superintendencia instruir sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en lo referente al

MENSAJE PRESIDENCIAL

cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tenga el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 a 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

Párrafo 2°**De la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud a los Beneficiarios de la Ley N° 18.933.**

Artículo 24.- El control y fiscalización del Régimen de Garantías en Salud que se otorga a los beneficiarios de la Ley N° 18.933, corresponderá a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

TÍTULO III**DISPOSICIONES VARIAS**

Artículo 25.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley N° 18.469:

1.- En el artículo 8°:

a) Sustitúyase, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

MENSAJE PRESIDENCIAL

2.- En el artículo 11:**a)** Sustitúyase el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N° 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

b) Reemplázase, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

c) Suprímase el inciso cuarto, pasando el actual inciso quinto a ser cuarto.

3.- Sustitúyase, en el inciso 3° del artículo 13, la frase "Estas prestaciones", por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

4.- En el artículo 25:

a) Sustitúyase, en el inciso primero, la frase "el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la Ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo, por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la Ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

5.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que, al respecto, establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte, y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Artículo 26.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyase, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agréganse, a continuación de la letra h), las siguientes letras i) y j), nuevas:

i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33.

j) La expresión "prestadores" corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución cuya actividad esté relacionada con la atención de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria."

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis), del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las

MENSAJE PRESIDENCIAL

prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

3.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados, en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia."

c) Sustitúyase la letra c), por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Modifícase la letra d) del siguiente modo:

i) Sustitúyase, en el inciso primero, la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38."

ii) Intercálase, en el inciso segundo, a continuación de la frase "las Instituciones de Salud Previsional podrán vender planes", la palabra: "complementarios".

MENSAJE PRESIDENCIAL

e) Sustitúyase, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", toda las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido, por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

4.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

En todo caso, las modificaciones que se le introduzcan al Régimen de Garantías en Salud deberán entrar en vigencia, para todos los beneficiarios, en el plazo que establezca el decreto respectivo, no pudiendo supeditarse su aplicación al ejercicio de la facultad que se establece en el inciso tercero, del artículo 38.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto a que podrá convenirse la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato. Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones."

5.- En el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

MENSAJE PRESIDENCIAL

i) Reemplázase la frase "una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales" por la siguiente: "una vez transcurridos tres años de vigencia de beneficios contractuales."

ii) Sustitúyase la palabra "primer" por la siguiente: "tercer".

iii) Reemplázase, en la última oración, la expresión "tiempo determinado" por la siguiente: "tiempo superior".

b) Sustitúyase, en el inciso tercero, la oración "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan", por la que siguiente: "Una vez transcurridos tres años desde la suscripción del contrato, anualmente y en el mes de suscripción, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan".

Artículo 27.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Facúltase al Presidente de la República por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Garantías en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose en todo caso a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud.

MENSAJE PRESIDENCIAL

Artículo segundo.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial, del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen. Con todo, el reglamento del referido Consejo será publicado una vez que haya entrado en vigencia el decreto con fuerza de ley a que se refiere el artículo precedente.

El Régimen de que trata este artículo, comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen, deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo tercero.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley, el Presidente de la República, al momento de designar los miembros del primer Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, determinará cinco consejeros que permanecerán tres años en sus cargos."

Dios guarde a V.E.,

RICARDO LAGOS ESCOBAR
Presidente de la República

OSVALDO ARTAZA BARRIOS
Ministro de Salud

NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN
Ministro de Hacienda

1.2. Oficio de Cámara de Origen a Corte Suprema

Oficio de consulta. 4 de junio de 2002.

mlp/megS.2
a

Oficio N° 3762

VALPARAÍSO, 4 de junio de 2002

En conformidad con lo dispuesto en los incisos segundo y tercero del artículo 74 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, tengo a honra remitir a esa Excma. Corte Suprema copia del proyecto de ley -iniciado en Mensaje y calificado de "simple urgencia"- que establece un régimen de garantías de salud, boletín N° 2947-11.

Dios guarde a V.E.

ADRIANA MUÑOZ D'DALBORA
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO
Secretario General de la Cámara de Diputados

A S. E. EL PRESIDENTE DE LA EXCMA. CORTE SUPREMA

1.3. Oficio de Corte Suprema a Cámara de Origen

Oficio de respuesta. 4 de julio de 2002. Cuenta en Sesión 13, Legislatura 347.

Oficio de la Corte Suprema.

“Oficio N° 001571

Ant.: AD-18.424.

Santiago, 2 de julio de 2002.

Por oficio N° 3762, de 4 de junio último, la Presidenta de la Cámara de Diputados ha remitido a esta Corte, en conformidad con lo dispuesto en los incisos 2° y 3° del artículo 74 de la Constitución Política de la República y 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional para su informe copia del proyecto de ley iniciado en Mensaje, que establece un régimen de garantía de salud. Boletín N° 2947-11.

Impuesto el Tribunal Pleno de esta Corte de la materia consultada, en sesión del día 28 de junio último, presidido por su titular don Mario Garrido Montt y con la asistencia de los ministros señores Álvarez García, Libedinsky, Ortiz, Benquis, Tapia, Gálvez, Chaigneau, Rodríguez, Cury, Marín, Yurac, Espejo, Medina, Kokisch, Juica y señorita Morales, acordó emitir el siguiente informe.

El artículo 15 del proyecto de ley, crea la Superintendencia de Garantías en Salud, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud (inciso primero).

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar y controlar el Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469 (inciso segundo).

El artículo 17 establece las funciones específicas de la Superintendencia.

El artículo 19 dispone que “en contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción”. (inciso primero).

“La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga”. (inciso segundo).

El artículo 20 establece que “resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por 15 días hábiles a la

OFICIO REPUESTA CORTE SUPREMA

Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos en relación, agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas". (inciso primero).

"Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de estas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en el caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso". (inciso segundo).

"La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación". (inciso tercero).

"La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa u ordenen la devolución de sumas de dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva". (inciso cuarto).

"El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver". (Inciso quinto).

"La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales". (Inciso sexto).

En opinión de esta Corte Suprema, el reclamo contemplado en el artículo 20 del proyecto de ley que se interpone ante la respectiva Corte de Apelaciones, debería ser conocido "en cuenta" por dicho tribunal, porque de adoptarse la modalidad de tramitación que se propone, se originará una evidente alteración y grave postergación en el despacho o conocimiento oportuno y eficaz de una serie de materias que por ley ya gozan de preferencia y van a tabla extraordinaria, previo sorteo de la Sala.

Por otra parte, cabe destacar que en la especie tampoco se guarda una lógica armonía procesal en la tramitación del reclamo, toda vez que mientras en las Cortes de Apelaciones su conocimiento implica traer los autos en relación, con agregación extraordinaria a la tabla, previo sorteo de Sala, en la Corte Suprema el reclamo se conoce "en cuenta" por una Sala del tribunal y de

OFICIO REPUESTA CORTE SUPREMA

manera excepcional, se puede disponer que se traigan los autos en relación” cuando así lo estime la Corte Suprema.

En todo caso, y reiterando el parecer de esta Corte, creemos que resulta más conveniente y atinado que el conocimiento del reclamo previsto en el artículo 20 del proyecto de ley, en las dos instancias judiciales, sea “en cuenta” por las fundadas razones que se han esgrimido anteriormente y que conducen indudablemente a velar por el mejor y expedito desenvolvimiento de las ya suficientemente recargadas labores jurisdiccionales de los tribunales superiores de justicia.

El que suscribe y los ministros señores Rodríguez, Espejo, Medina, Kokisch y Juica, sugieren que el reclamo que se contempla en el artículo 20 del proyecto de ley sea conocido en primera instancia por los jueces de letras y en segunda instancia por las Cortes de Apelaciones respectivas.

Sin perjuicio de todo lo anteriormente expresado preocupa a este Tribunal la creciente instauración de procedimientos de reclamo y nuevos recursos, destinados a impugnar las resoluciones que adopta la Administración, cuyo conocimiento y resolución se entrega a las Cortes de Apelaciones, dada la ya recargada labor de estos tribunales colegiados, lo que en definitiva impedirá que puedan cumplir eficientemente con todas sus funciones. Lo anterior conduce a solicitar, como se ha hecho presente en otros informes evacuados sobre proyectos de leyes, que se creen los tribunales contencioso-administrativos, para poder dar una solución uniforme e integral a todos los problemas o conflictos que se generan entre la Administración y sus administrados.

Finalmente como se ha consignado reiteradamente en informes anteriores, tratándose de proyectos de ley que implican aumentar los asuntos que conocen los tribunales, como ocurre en el presente y, por ende, involucra iniciativas que importan mayores gastos en la gestión de los órganos del Poder Judicial, deberían suplementarse los recursos que financian su actividad, acorde también con el principio que consagra el inciso 4º del artículo 64 de la Constitución Política de la República.

Es todo cuanto puede informar este Tribunal, en torno a la presentación legislativa contenida en el Mensaje que establece un régimen de garantías de salud.

Saluda atentamente a V.S.,

(Fdo.): MARIO GARRIDO MONTT, Presidente; CARLOS A. MENSES PIZARRO, Secretario.

A LA SEÑORA PRESIDENTA
CÁMARA DE DIPUTADOS
VALPARAÍSO”.

INFORME COMISION SALUD

1.4. Primer informe de la Comisión de Salud

Cámara de Diputados. 13 de noviembre de 2002. Cuenta en Sesión 31, Legislatura 348.

Boletín N° 2947-11

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Salud pasa a informaros sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple", cuyo plazo constitucional vence el día 6 de diciembre de 2002.

I.- CONSTANCIAS.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 287 del Reglamento de la Corporación, se establecen las siguientes constancias:

a) Normas orgánicas constitucionales y de quórum calificado:

La Comisión, por la unanimidad de los Diputados presentes acordó que no existen disposiciones de tales características.

b) Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda.

La Comisión, por asentimiento unánime acordó remitir a dicha Comisión los artículos 4º, 6º y los Títulos V y VI y el artículo tercero transitorio.

II. ANTECEDENTES.**Antecedentes de hecho.**

Cada sociedad ha tenido un particular estado de salud, como producto de factores que han hecho posible mejorar el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía. Los gobiernos los han identificado y han adoptado acciones para mejorarlos periódicamente y permitir su control.

En nuestro país en particular, la decidida acción del Estado permitió alcanzar los actuales indicadores de salud. Por lo mismo, a decir de la autoridad, es imprescindible realizar un nuevo esfuerzo para satisfacer las necesidades crecientes que en materia de salud se han generado.

Hace cincuenta años, se creó el Servicio Nacional de Salud, que significó la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el

INFORME COMISION SALUD

establecimiento de una estructura nacional que definió la responsabilidad del Estado en salud pública.

Según el mensaje, la solidez y la fortaleza del Servicio Nacional de Salud no solo permitió elevar la salud de la población, sino que creó una profunda vinculación entre el quehacer sanitario y el respaldo ciudadano.

Pero, a partir de 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron. Ello obedeció - a decir del mensaje-, por una parte, a su fragmentación, resultado del traspaso de la atención primaria a los municipios, y, por otra, a su segmentación, a causa de la creación de las Instituciones de Salud Previsional, Isapres. Esta tendencia se agravó con la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que afectó al sector público durante dicho período.

En los años noventa se realizó un considerable esfuerzo de inversión para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública, en particular la hospitalaria. Los recursos se destinaron preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban mayor grado de deterioro de su infraestructura y mayor vulnerabilidad médico - social en su población beneficiaria.

Al mismo tiempo, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector y se completaron las dotaciones de profesionales, las que acusaban serios déficit.

Actualmente, a pesar de estos ingentes esfuerzos de la última década, el modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se expresa, de un lado, en la insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, tanto en el sector público, en que las personas beneficiarias del mismo solicitan mejoría en la cobertura, en el trato y en la oportunidad, como en el sector privado, en que demandan mayor protección de sus derechos. Por otra parte, es importante reconocer que existen espacios para realizar importantes mejoras de gestión que aseguren que los esfuerzos futuros de inversión se traduzcan en más y mejores prestaciones para la población. Todo ello aconseja reformar el sistema de salud del país a fin de tratar de responder a las necesidades y expectativas de la población.

Valores y principios que informan la reforma de la salud.

Los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma de la salud que se impulsa son:

a) Derecho a la salud.

Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas.

Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y en su trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Para resguardar el derecho a la salud, es necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección

INFORME COMISION SALUD

financiera y crear los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

b) Equidad en salud.

La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud. En el ámbito de la salud, la inequidad se expresa con singular dureza en la disminución de la calidad de vida de las personas y en el aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que originan las desigualdades evitables. A ello se deben dedicar los mayores esfuerzos.

c) Solidaridad en salud.

La solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos, es otro de los principios de la reforma. Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

d) Eficiencia en uso de recursos.

La mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucren tanto los ámbitos de recursos humanos y los financieros, en los cuales es necesario terminar, entre otros, con los problemas de administración de personal y de deuda, como también a los propios beneficiarios, en lo referente a una eficaz focalización y uso de los subsidios en salud. El compromiso de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos implica un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, y que va en directo beneficio de la salud de la población.

e) Participación social en salud.

La participación social implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y a las correspondientes políticas públicas.

La adecuada e informada participación de los usuarios requiere total transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma de la salud.

FUNDAMENTOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LA REFORMA DE LA SALUD.**a) Expectativas de la población.**

La población, cada vez mejor educada e informada de sus derechos exige ser tratada con dignidad, que se le informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se le otorgue el derecho de decidir respecto a su salud, y, por ende, también a que se la atienda en forma oportuna y con

INFORME COMISION SALUD

una calidad de servicio adecuada y, sobre todo, a que se le resuelvan sus problemas.

b) Perfil epidemiológico y cambios demográficos.

Nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia de su progresivo envejecimiento, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo. Esta transición forma parte de cambios sociales, económicos y culturales, insertos en un mundo globalizado.

Lo anterior significa que coexisten problemas de salud de diversa índole. Por una parte, hay enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo, y por otra, hay enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

c) Obsolescencia del modelo de atención de salud.

El modelo vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud. Hoy día este sistema es insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de la mejor salud de la población adulta y de la tercera edad.

Una expresión concreta de la limitada capacidad del sector público para atender a las nuevas demandas la representan las "listas de espera" de consultas de especialidades, que consignan que más de 200.000 personas esperan para ser atendidas por un especialista.

El desafío de la reforma es desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención y que se centre en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud. Por tanto, debe propender a maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante el uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen eficacia y efectividad científicamente demostrada. Asimismo, debe superar la actual fragmentación del sistema de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

Materias que se deben abordar en la reforma de la salud.

Para que la reforma logre su desafío, es necesario asegurar la integralidad de sus componentes.

a) Definición de los objetivos nacionales de salud.

En el marco de la reforma, estos objetivos constituyen el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

En este sentido, el Ejecutivo cree que las metas que se deben plantear para la década 2000 - 2010, deben orientarse a:

- 1) Disminuir las desigualdades en salud;
- 2) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad;
- 3) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y

INFORME COMISION SALUD

4) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

b. El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El derecho a la salud deberá ser garantizado a la población mediante un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que permitan el ejercicio del mismo, con respaldo de una institucionalidad adecuada.

El sistema de salud existe para proteger la salud de las personas y para el evento en que ella sea afectada y para remediar o paliar sus efectos negativos.

Desde esta perspectiva, es posible distinguir dos componentes. Un primer elemento está constituido por las acciones de salud pública. Un segundo elemento lo constituyen las prestaciones para hacer frente a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud.

El componente de salud pública del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El primer componente es el conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y de otros condicionantes; a promover la creación de condiciones saludables en la vivienda, la ciudad y el trabajo, y a proveer la adopción de comportamientos colectivos para realizar acciones ambientales y de educación en salud e individuales, como las vacunas, las que mantendrán sana a la población.

El componente de salud pública se financia actualmente mediante el aporte fiscal y es elaborado, evaluado y administrado por el Ministerio de Salud. Su ejecución, en un ámbito sectorial o intersectorial, está a cargo de instituciones públicas y privadas, en una relación de complementariedad.

Para su formulación, se deben considerar los "objetivos nacionales de salud", el avance en el cumplimiento de los mismos, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones propuestas y la evolución de la situación sanitaria del país.

El componente de salud de las personas del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

Este segundo componente es el conjunto de enfermedades y condiciones de salud, con prioridad acorde a la importancia sanitaria, a la efectividad del tratamiento, al impacto financiero sobre las familias y a las expectativas de las personas.

Para estas patologías, actualmente, se determinan acciones y prestaciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, necesarias y efectivas para resolver integralmente los problemas de salud de las personas. Pero, para asegurar efectivamente su funcionamiento, se requiere de un Régimen de Garantías en Salud que establezca los diferentes niveles, como, por ejemplo, tiempos de espera, complejidad de la atención y cobertura financiera, exigibles por las personas y fiscalizadas por la autoridad de salud, que lo transformen en el instrumento esencial para asegurar el acceso equitativo y no discriminatorio al sistema de atención de salud.

INFORME COMISION SALUD

Este componente debe ser obligatoriamente asegurado a los beneficiarios, tanto del Fondo Nacional de Salud como de las Instituciones de Salud Previsional, instituciones que deben ser responsables del cumplimiento de las garantías explicitadas.

En el caso del Fondo Nacional de Salud, si la oferta pública no fuere suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes, dicha institución deberá comprar en el sector privado de salud aquellas prestaciones necesarias para solucionar los problemas que afecten al sector público.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar este componente sin discriminación de precio a todos sus beneficiarios. Esto permitirá desvincular el costo de los seguros del riesgo individual de enfermar. Así, se materializará la solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres.

c) Nuevo modelo de atención.

Este modelo debe, en lo esencial, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y optimizar las intervenciones, en su eficiencia y eficacia.

El nuevo modelo debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; a la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; a la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitario "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y del equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, que asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con sus familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

d) Recursos humanos.

Contar con un recurso humano comprometido requiere de políticas que contemplen su permanente actualización, crecimiento profesional, remuneraciones acordes con sus responsabilidades y desempeño, y espacios de participación.

Tan importante como lo anterior es dotar a los trabajadores del sector de un entorno laboral confortable, que incorpore los

INFORME COMISION SALUD

avances de la modernidad y que favorezca la constitución de equipos de trabajo, en que cada integrante pueda aportar su experiencia e ideas al proceso asistencial.

En definitiva, se trata de definir objetivos comunes por establecimiento y equipos de trabajo coherentes con la red, la integración real de todos los estamentos en las diferentes instancias de participación, la adecuación de las dotaciones a los nuevos perfiles epidemiológicos, las necesidades de la población y las metas planteadas.

e) Autoridad sanitaria.

Para implementar la reforma y regular el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas, se requiere de un Ministerio de Salud rector, con potestades regulatorias y fiscalizadoras, capaz de detectar nuevos problemas de salud, anticipando soluciones, y de controlar aquellos que ya hoy constituyen amenazas para la sociedad chilena, por lo que es clave la separación de funciones y una identificación precisa de los ámbitos de responsabilidad, de manera de reforzar el control de gestión y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Por consiguiente, la autoridad sanitaria deberá velar para que todos los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, estén acreditados en su capacidad de dar una atención de calidad y sean complementarios para la mejor utilización de los recursos disponibles en el país.

f) Financiamiento.

Se propone la creación de un fondo solidario, para financiar las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud. Este fondo se financiará con recursos fiscales que provendrán de reasignaciones, mejoras en la gestión y focalización, crecimiento de la economía, e impuestos a determinados artículos dañinos para la salud de la población, lo que, además, de permitir la recaudación solidaria, desincentiva el consumo de dichos productos.

Dentro de las mejoras en la gestión y focalización, debe resaltarse que el pago de los subsidios maternales se hará solidariamente, por la vía de las cotizaciones de salud de hombres y mujeres, sin alterar los beneficios a que hoy tienen derecho las mujeres trabajadoras y previniendo, así, eventuales discriminaciones contra ellas. Según el mensaje, se introduce, de este modo, un elemento de equidad, hoy ausente, entre beneficios y contribuciones.

g) Mejoramientos de gestión.

La eficiencia es, hoy más que nunca, un imperativo ético, ya que, mientras mejor se utilicen los recursos disponibles, habrá mayor cobertura y calidad de vida para la población. Esto es particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos con relación a la magnitud de las necesidades.

Entre otras medidas, se requiere:

INFORME COMISION SALUD

a) Que todos los incrementos de recursos destinados a los servicios de salud en los próximos años se efectúen de acuerdo con la demanda efectiva por prestaciones que éstos enfrenten;

b) Que los incrementos de remuneraciones al personal profesional, técnico y administrativo que se desempeña en los servicios públicos de salud se vincule a su desempeño, y que los incrementos en remuneraciones generales o bases sean atendidos exclusivamente a través de los reajustes generales de remuneraciones en el sector público;

c) Que, respetando la estabilidad, se incremente la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos al interior de los servicios de salud, para lo que se requerirá de los jefes de servicios hacer pleno uso de sus facultades para la asignación de personal entre los hospitales y servicios clínicos de su dependencia, evitando la inamovilidad del personal de planta;

d) Que se exija al personal el cumplimiento pleno de sus obligaciones funcionarias, desapareciendo el incumplimiento horario, así como la atención de pacientes privados sin el respectivo convenio con el hospital. Asimismo, se requiere que el ausentismo del personal se adecue a niveles normales;

e) Que se optimice el aprovechamiento de la capacidad profesional de los médicos en los hospitales públicos, descargándolos de funciones que pueden ser cumplidas por otros profesionales, así como el empleo de profesionales no médicos para procedimientos en los que sea factible la sustitución;

f) Que se promueva entre los directores de establecimientos el pleno uso de sus facultades administrativas, identificando como clara prioridad la satisfacción de las necesidades de los usuarios;

g) Que se establezca un riguroso sistema de control de gestión. Para ello, deberán considerarse metas sanitarias, administrativas y financieras. Con el pleno desarrollo del "programa de prestaciones valoradas" como principal mecanismo de asignación de recursos dentro del sistema, no será justificable que los hospitales incurran en un sobreendeudamiento con proveedores, y

h) Que se controle rigurosamente el fraude y el abuso en los subsidios de salud, el pago de prestaciones por pacientes no indigentes y el uso del sistema de medicina curativa de libre elección. Asimismo, se requiere revisar y reforzar la institucionalidad en la que se insertan estos servicios, de modo de generar incentivos a una fiscalización y cumplimiento efectivos.

El itinerario legal de la reforma.

El Ejecutivo señala que en el año 2001, inició su tramitación el proyecto de ley sobre "los derechos y deberes de las personas en materia de Salud", boletín N° 2727-11.

El segundo proyecto lo constituye el de este informe, que establece un régimen de garantías en salud.

El cumplimiento de las señaladas garantías requerirá de una nueva institucionalidad sectorial que permita una formulación precisa de las políticas de salud, normas e instrumentos de fiscalización.

INFORME COMISION SALUD

Las demás iniciativas legales que forman parte de una reforma integral, coherente e inseparable, serán las siguientes:

1. Autoridad sanitaria, que fortalecerá las atribuciones del Ministerio de Salud y de sus organismos descentralizados, de manera de concentrarlos en funciones que les debieran ser propias;

2. Introducir diversas modificaciones en la ley N° 18.933, toda vez que la comunidad nacional, a través del Poder Legislativo, ha demandado en reiteradas oportunidades mayor regulación en el ámbito de la salud privada, otorgando mayores facultades de fiscalización a la Superintendencia del ramo y comprometiendo a estas instituciones en mayor integralidad en las atenciones de salud que otorgan;

3. Mejoras de gestión, ya que urge contar con un sistema eficiente en el manejo de los recursos que sustente efectivamente la atención oportuna y de calidad a la población. Para este propósito, se encuentra en elaboración un conjunto de iniciativas legales que abarcarán los ámbitos de administración de recursos humanos, transferencias financieras a los servicios, uso de subsidios en salud, y focalización de beneficios en la población de menores recursos, y

4. Financiamiento, con el objeto de respaldar, de manera solidaria, las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud, y así asegurar su cobertura.

III. MINUTA DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La iniciativa en tramitación tiene por objeto adecuar la actual estructura institucional de salud a los nuevos desafíos epidemiológicos, así como a las necesidades de una población más informada y consciente de sus derechos, otorgándole los medios para hacer efectivas las garantías en salud que contiene este proyecto.

A decir del mensaje, importa "un paso trascendental en el camino para lograr profundas transformaciones que permitirán que toda persona tenga, sin discriminaciones por capacidad de pago, género o edad, en un país que tiene limitaciones reales de recursos, una mejor salud y una atención de mayor calidad, más eficiente y oportuna".

En definitiva, se establece un régimen de garantías en salud, la forma de definirlo, el organismo encargado de llevarlo a la práctica, la forma de definir las patologías y las prestaciones vinculadas, así como las garantías explícitas. Asimismo, se regula el otorgamiento de las prestaciones y garantías, la forma de exigir la protección de los derechos y garantías del régimen y su fiscalización.

También se propone la adecuación de diversas normas vigentes, contenidas básicamente en las leyes N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de

INFORME COMISION SALUD

prestaciones por Isapres y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3, de Salud, de 1981.

Relación descriptiva de la iniciativa.

Las ideas matrices y fundamentales se desarrollan en los 27 artículos permanentes, divididos en tres títulos y en tres disposiciones transitorias.

El título I, del Régimen de Garantías en Salud, consta de cinco párrafos y comprende los artículos 1° al 14.

El párrafo 1°, Disposiciones Generales, artículos 1° al 5°, inclusive, señala que el objeto de la ley es regular el régimen de garantías en salud y su definición, así como los conceptos de acceso, de calidad, de oportunidad y de protección financiera, factores claves en la concepción y definición del régimen de garantías en salud.

El párrafo 2°, de la "Elaboración del Régimen de Garantías en Salud, artículos 6° y 7°, indica que éste será elaborado por el Ministerio de Salud tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria del país, con la colaboración del Consejo Consultivo y aprobado por decreto supremo, firmado, además, por el Ministro de Hacienda.

El párrafo 3°, del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, artículos 8° al 11, inclusive, establece el Consejo, su composición, el nombramiento de sus integrantes, así como su funcionamiento y atribuciones.

El párrafo 4°, de la Revisión del Régimen de Garantías en Salud, artículo 12, fija el plazo en que debe someterse a revisión el régimen, la forma de modificarlo y el plazo en que entrarán en vigencia las nuevas disposiciones.

El párrafo 5°, de la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, artículos 13 y 14, determina que él debe otorgarse a los beneficiarios de la ley N° 18.469, así como a los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, sin perjuicio de que estas instituciones puedan dar otras prestaciones.

El título II, de la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud, consta de dos párrafos y comprende los artículos 15 al 24, inclusive.

El párrafo 1°, de la Superintendencia de Garantías en Salud, artículos 15 al 23, crea la Superintendencia, determina sus funciones y establece como se designa al Superintendente.

El párrafo 2°, de la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud a los beneficiarios de la ley N° 18.933, artículo 24, establece que ella corresponde a la Superintendencia de Isapres.

El Título III, Disposiciones Varias, comprende los artículos 25 al 27, inclusive. Proponen también modificaciones de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y declaran la vigencia de diversas normas sobre atención médica curativa.

Las disposiciones transitorias, facultan al Presidente de la República para que mediante decreto con fuerza de ley, dicte las normas

INFORME COMISION SALUD

necesarias para el funcionamiento de la Superintendencia de Garantías en Salud.

Asimismo, establecen el plazo y la forma de promulgación del "primer régimen de garantías en salud".

Por último, disponen que, en el primer Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, el Presidente de la República nombrará cinco Consejeros que permanecerán tres años en sus cargos.

IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.

Vuestra Comisión, en el cumplimiento de su cometido, escuchó a las siguientes personas:

Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Mario Fernández;

Ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza;
Superintendente de Isapres señor José Pablo Gómez;
Director del Fondo Nacional de Salud, doctor Alvaro Erazo;
Directora del Instituto de Salud Pública, señora Jeanette

Vega;

Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval;

Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro;

Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal, doctor Esteban Maturana;

Presidente de la Confederación de Trabajadores de la Salud, CONFENATS, señor Jorge Araya y dirigentes señores Mauricio Ugarte, Roberto Alarcón y Juan Oróstica;

Presidente de la Federación Metropolitana de FENATS, señor Emilio Guzmán;

Presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS, señor Juan Díaz, y la Vicepresidenta, señora Enelia Lira;

Presidente de la Federación Nacional de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, FENTESS, señor Juan Rapimán, y Primer Vicepresidente, señor Víctor Concha;

IV. 1. EXPOSICIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, DOCTOR OSVALDO ARTAZA.

El Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza, en su exposición, señaló que el objeto fundamental de la reforma de la salud es conseguir un salto cualitativo en términos de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención. Asimismo se trata de avanzar en solidaridad y lograr que los recursos de que el país dispone en materia de

INFORME COMISION SALUD

salud, ya sea en el sector público o en el privado, puedan tener mayor impacto en salud.

Es sabido que no es indiferente la manera como se utilizan los recursos, por lo que se espera lograr que, a determinado nivel de recursos, exista determinado impacto en la salud de la población. Analizando experiencias internacionales, se puede constatar que, en países con distinto nivel de gasto, no existe, necesariamente, una relación estricta con el resultado sanitario de la población, lo que se explica en razón de la forma en que la sociedad enfrenta las causas de generación de las enfermedades y en que está organizado su sistema de atención y en que los recursos son invertidos.

Por ello, es necesario promover la participación social, en atención a la importancia que tiene para la población el desarrollo de estilos y hábitos de vida saludables y a cómo se ejerce el control social sobre los sistemas sanitarios. El grado de participación en este doble ámbito también es determinante en cómo una población obtiene mejores condiciones sanitarias.

La salud constituye una responsabilidad social. Obviamente, la reforma también lo es, por lo que su debate y aprobación y concreción no pasan por tener una buena ley, sino que es necesario constituir un proceso de transformación cultural de nuestra sociedad respecto de la percepción del sistema de salud y de la enfermedad.

En definitiva, los principios fundamentales de la reforma de la salud son: equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención; solidaridad financiera, efectividad y eficiencia, participación social, salud como responsabilidad social y promoción de una transformación cultural.

En todo caso, no es posible dejar de tener presente que la reforma, así como las iniciativas legales en que se concreta, está basada en objetivos sanitarios que persiguen mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y en reducir las desigualdades en salud, mejorando la de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Detrás de estos dos grandes objetivos hay cuatro más específicos, que son:

1. Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados. Es de todos conocido el hecho de que nuestro país presenta buenos resultados sanitarios, considerando el nivel de recursos invertidos, por lo que mantener eso y mejorarlo implica un esfuerzo grande;

2. Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento de la población. El país requiere invertir en patologías nuevas, derivadas del cambio del perfil epidemiológico;

3. Reducir las desigualdades en el acceso a la atención de salud. Ello implica introducir elementos para equiparar el acceso, oportunidad y calidad de la atención, y

4. Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población, que en los últimos años ha sido más exigente y requiere de un trato adecuado.

INFORME COMISION SALUD

Para dar cumplimiento al primer objetivo de mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados en materia de mortalidad infantil y sus componentes, se debe acelerar el descenso observado, especialmente en el área neonatal, mantener la tendencia descendente con relación a la mortalidad materna y mantener la tendencia positiva en el ámbito de las enfermedades infecto-contagiosas y emergentes. En materia de tuberculosis ha existido un gran avance, pero debe llegarse a un estadio superior, que corresponde a la fase de eliminación avanzada.

Mantener los índices actuales que representan un gran avance en el país y aumentarlos implica mayor inversión de recursos.

En relación con el segundo objetivo de enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento de la población, se deben abarcar patologías como el tabaquismo, la obesidad, la conducta sexual insegura, que corresponden a factores condicionantes que es necesario abordar, puesto que, por ejemplo, el 17% del total de muertes pueden ser atribuidas al tabaco y existe fuerte vivencia con relación a su influencia en múltiples enfermedades. Lo mismo sucede con la obesidad como factor de riesgo muy importante, en la cual los logros que ha conseguido el país son insuficientes.

Dentro de este mismo objetivo, se debe tener presente que las principales causas de mortalidad son las cardiovasculares, los cánceres y los traumatismos. En el primer caso, se pretende disminuir la mortalidad del grupo sobre la base de la intervención específica en enfermedades isquémicas y cerebrovasculares. Asimismo, como se asumirá el propósito de disminuir la mortalidad del grupo sobre la base de la intervención en el cáncer cérvico-uterino, de mama, de vesícula y de próstata, además de aumentar la cobertura de cuidados paliativos. En cuanto a los traumatismos, se quiere frenar el aumento del grupo en base a la intervención específica en accidentes del tránsito.

Asimismo, entre las principales causas de mortalidad relacionadas con el envejecimiento de la población, están las respiratorias y la diabetes.

En este mismo objetivo, se consideran las principales causas de discapacidad que son derivadas de la salud mental, como la depresión, trastornos severos y adicciones, por lo que se espera aumentar la cobertura en tratamiento y frenar el asenso del abuso. En salud dental, se propenderá a la fluoración del agua y se privilegiarán las atenciones y acciones en prevención, urgencias, coberturas y prótesis. En relación con las enfermedades osteoarticulares, se pretende disminuir las causas de discapacidad, en las cuales la artrosis ocupa un lugar importante en los indicadores de vida saludable perdidos, sobre todo en las mujeres.

El tercer objetivo de la reforma es reducir las desigualdades lo que implica disminuir las brechas entre grupos educacionales extremos en el nivel geográfico y establecer sistemas de monitoreo, factores muy relevantes en materia de mortalidad infantil y esperanza de vida, los

INFORME COMISION SALUD

cuales están determinados por la condición socio-económica y educacional de las madres.

El cuarto objetivo es responder a las necesidades y expectativas de la población en términos de protección financiera en salud, lo que significa reducir el gasto directo o "de bolsillo" y dar un carácter progresivo al sistema financiero en salud.

Asimismo, se refirió a los factores de mejoramiento en el acceso, calidad y satisfacción usuaria. En lo que dice relación con el acceso, se debe lograr mayor equidad en la atención de salud de los grupos desprotegidos. Respecto de la calidad, se debe implementar la autorización sanitaria en el ciento por ciento de los establecimientos y disponer un sistema de acreditación de los mismos mediante evaluación externa para todos ellos. Sobre la satisfacción usuaria, se debe contar con sistemas de monitoreo permanente.

El sistema AUGE establece las bases para la aplicación del acceso universal de garantías explícitas, instrumento que permitirá dar prioridad y garantizar de manera explícita la atención integral de las necesidades de salud que hoy causan la mayor mortalidad, discapacidad y pérdida de calidad de vida. Con el AUGE, 56 patologías calificadas como prioritarias serán garantizadas, con tiempos de espera definidos, con copagos razonables y con topes para proteger el ingreso familiar.

Este sistema establece, además, los mecanismos institucionales y jurídicos que permiten que tales garantías constituyan derechos exigibles para los cotizantes tanto del sistema público de salud como del privado, por lo que se crea la Superintendencia de Garantías en Salud, que fiscalizará el cumplimiento de las garantías respecto a los beneficiarios del sistema público.

En definitiva, el régimen de garantías explícitas corresponde a un conjunto de acciones para enfrentar el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el trauma y las urgencias, así como los principales problemas crónicos y de salud mental, entre otros. Este régimen es de carácter obligatorio para los afiliados al Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional. Tendrá tiempo de espera definido, el cual estará en relación con el tiempo prudencial y racional en que un problema diagnosticado debe ser enfrentado.

Los copagos tendrán montos diferenciados. Así es como para los indigentes, esto es, los afiliados a Fonasa de categorías A y B, el copago será cero, y de cero a 20% para los afiliados a Fonasa e Isapres según el problema de que se trate y con topes según ingreso familiar. Se pretende que el tema económico no sea un obstáculo para que la población acceda a las prestaciones de salud que requiera cuando se trate de una enfermedad incluida en el AUGE.

Además, el proyecto establece los mecanismos institucionales que permitan que estos problemas y su solución se constituyan en derechos sociales y, por lo tanto, exigibles en forma equitativa y aplicables tanto para los cotizantes del sistema público de salud, Fonasa, como del

INFORME COMISION SALUD

privado, Isapres. Por ello se propone la creación de esta Superintendencia de Garantías en Salud, que tendrá como función primordial fiscalizar el cumplimiento de estos derechos.

Por tanto, el sistema AUGE lo que hace es crear un régimen de garantías dentro del contexto de las leyes y los regímenes actuales de carácter obligatorio, con tiempos de espera definidos y copagos determinados con anterioridad y que, además de ser obligatorio, en el sistema de Isapres establece que debe ser dado sin diferencias de valor entre hombres, mujeres y ancianos.

Además, este régimen es parte de un sistema más global e integral, ya que contempla también las acciones de salud pública y todas las otras acciones y prestaciones que otorgan tanto el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, como las Isapres. Sobre ellas, el espíritu de la ley es que sean otorgadas, al menos, en las actuales condiciones de oportunidad en la atención y de protección financiera. Es decir, la instauración y funcionamiento del régimen de garantías no pueden ir en desmedro de todas las demás prestaciones que se otorgan actualmente.

También se ha señalado que el espíritu y el propósito de este régimen de garantías es que sea incrementado en el tiempo, por lo que es necesario contar con una institucionalidad que permita revisarlo periódicamente, razón por la cual se propone crear el Consejo Nacional del AUGE que, cada tres años, con los aportes técnicos del Ministerio de Salud, de organizaciones técnicas y sociales, así como de los usuarios, sugerirá una propuesta nueva para el sistema.

Señaló que cuando se encuentre en funcionamiento el régimen de garantías, implicará un sistema ordenador en materia de equidad, permitiendo que los afiliados al Fonasa y a las Isapres tengan dos tipos de derechos y una institucionalidad que permitirá ejercerlos o, en caso contrario, exigir su cumplimiento. Los derechos son, por una parte, sociales y tienen relación con el régimen de garantías y, por la otra, personales, que dicen relación, obviamente, con los derechos y deberes de las personas en salud.

Reiteró que el AUGE ha sido construido desde la lógica sanitaria y que cada uno de los problemas ha recibido su prioridad y se ha estudiado y analizado desde el punto de vista de las acciones necesarias que se deben abordar para resolverlo y que, luego de determinar cuáles son las acciones, se las ha valorizado a costos reales.

En relación con el proyecto propiamente tal y su tramitación, señaló que el Ejecutivo ha formulado una indicación que se refiere a las siguientes materias. La primera es la creación del Fondo de Compensación Solidario, que tiene como objetivo terminar con las diferencias de precio que enfrentan las personas en razón de su sexo, edad y otros factores de riesgo, por lo que se establece un solo precio para el AUGE para los afiliados a las Isapres y al Fonasa.

Este fondo permitirá compensar a quienes tienen mayores riesgos de salud, de manera tal que cada sistema se haga responsable integralmente de sus afiliados, por lo que, si una persona sale de un sistema,

INFORME COMISION SALUD

ingresa al otro sin problemas y el sistema se haga cargo de él con sus problemas de salud sin mayores inconvenientes.

Por otra parte, esta indicación establece que el Estado deberá financiar el régimen de garantías de las personas que no tienen recursos, para lo cual se indexará el aporte del Estado a lo que las personas de menos recursos requieran. En la medida que el régimen de garantías se incremente en el tiempo, también el Estado deberá hacerse responsable de que ese incremento tenga sustento también para esas personas. Esta materia es de suma importancia y, de no aprobarse en el largo plazo, implicará tener un régimen de garantías distinto para los que poseen más recursos que el de aquellos que tienen bajas cotizaciones o son indigentes. La única manera de que el régimen de garantías se incremente para todos por igual es que exista este fondo virtual, que deberá contar con mecanismos para otorgar estos ajustes de recursos, a fin de evitar "el descreme" puesto que cada sistema deberá hacerse cargo de todos sus afiliados.

La vigencia del sistema AUGE implicará que tanto el Fonasa como las Isapres otorguen el régimen de garantías en las mismas condiciones y con el mismo precio y, por lo tanto, el Fondo de Compensación Solidario ajustará el riesgo de manera de evitar que existan diferencias. Pero, por sobre este régimen de garantías, están todas las demás prestaciones que efectúa el Fonasa, como la libre elección y el subsidio por incapacidad laboral, por lo que se pretende que las Isapres otorguen estas mismas prestaciones, al menos, con las mismas bonificaciones que el Fonasa y al mismo precio. Este mismo precio será inter Isapres, mientras el régimen de garantías será el mismo precio para todas las Isapres.

Esto llevará a que, así como existe un sistema de compensación horizontal, exista uno de compensación vertical en cada Isapre, de manera que cada una de ellas deberá compensar ese componente, lo que permitirá la competencia entre las entidades de salud previsual; pero cada una tendrá que ofrecer el mismo precio sin establecer ninguna diferencia por sexo o por edad. Lo que se escapa a esta regla responde a las coberturas y prestaciones adicionales.

Concluyó señalando que, además, la indicación al proyecto de ley AUGE plantea la creación de un Fondo Solidario Maternal, el que fue explicado en la sesión de las Comisiones Unidas por el Ministro de Hacienda. Asimismo, establece la obligatoriedad de la cotización para los trabajadores independientes.

IV. 2. EXPOSICIÓN DEL DOCTOR ÁLVARO ERAZO, DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA).

El doctor Alvaro Erazo (Director del Fondo Nacional de Salud) Informó que el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, fue creado mediante el decreto ley N° 2.763, en el cual estableció que es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, destacando entre sus funciones más importantes la de recaudar,

INFORME COMISION SALUD

administrar y distribuir los recursos del Fondo, financiar las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 y la infraestructura de los establecimientos públicos que integran el sistema.

El Fonasa debe cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469 por parte de las personas u organismos obligados a efectuarlas.

Destacó que, cuando se trata de la modalidad de atención institucional, es el Ministerio de Salud el encargado de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparte en relación con la calidad, acceso y oportunidad.

El proyecto en estudio otorga nuevas funciones al Fonasa. Las principales dicen relación con la facultad para fiscalizar la recaudación de cotizaciones, otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el régimen de garantías en salud y conocer y resolver reclamos de beneficiarios según el procedimiento que fije el Ministerio, sin perjuicio de las funciones y atribuciones que le competan a la futura Superintendencia de Garantías.

Asimismo, establece que el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar los beneficiarios de la ley N° 18.469 otras prestaciones o beneficios complementarios que proporcionen mejores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera que los contemplados en el Régimen de Garantías de Salud.

Hizo presente que la aplicación del sistema de garantías implica uno de los cambios más trascendentes desde el punto de vista del paciente, quien tendrá el derecho de exigir su cumplimiento integral en materia de salud. En razón de lo anterior, es dable destacar el avance que ello implica, ya que las prioridades de salud están dadas sobre la base de un análisis exhaustivo de vulnerabilidad, de la carga de enfermedades, de las tasas, de las prevalencias e incidencias, incorporando una serie de componentes técnicos para la toma de decisiones que ha permitido determinar 56 problemas de salud que se garantizan.

Esta explicitación de derechos tiene importancia, en razón de que se trata de derechos que son positivos por su propia naturaleza, ya que tienen relación con los bienes de salud pública y de sus prestaciones, así como también con las atenciones de salud, es decir, con las atenciones en el ámbito de la prevención, de la promoción, de la rehabilitación y de la curación.

Sobre la materia, informó respecto de un trabajo desarrollado por el Fondo Nacional de Salud y el Ministerio para poner en práctica el llamado plan piloto AUGE, que corresponde a la implementación de tres garantías que están comprendidas dentro de las 56 patologías de salud. Dicho trabajo contó con la colaboración de expertos en cada uno de los problemas, como, por ejemplo, las cardiopatías congénitas, la insuficiencia renal crónica y los problemas de cánceres infantiles.

INFORME COMISION SALUD

Dio a conocer que el programa piloto del AUGE se pondría en práctica a contar del mes de agosto del año en curso.

Sobre el plan de beneficios adicionales, señaló que los recursos que se invertirán responderán a necesidades sanitarias. Cuando un sector camina en esa dirección, está apostando a ser eficaz a partir de los problemas de salud que están identificados y también tenderá a ser más eficiente. Es decir, toda la lógica de su construcción está en la dirección de que los recursos serán invertidos en función de satisfacer necesidades de la población, con los consiguientes esfuerzos de reconversión e innovación.

Además, estimó que existen pruebas evidentes de que, cuando ha existido necesidad de realizar una transición, de alguna manera el financiamiento ha tenido que seguir a las necesidades, y no al revés, como sucede en los países desarrollados, en que existe una consolidación del sistema como tal y, de alguna manera, ya se produjo el equilibrio y el cierre de las brechas. En este sentido, el esfuerzo realizado por la autoridad sanitaria ha sido incorporar criterios de asignación de recursos en función de la actividad. Esta, a su vez, se ha calculado en función de costos promedios, para romper la lógica de los presupuestos históricos lo cual ha permitido avanzar en la dirección correcta para hacer viable esta reforma.

En este mismo sentido, lo aprobado por el Parlamento en materia de prestaciones valoradas, donde existen recursos por 339 mil millones de pesos, estando identificados los costos promedios y la facultad otorgada al Fonasa para comprar prestaciones al sector privado cuando no exista la posibilidad de otorgarlas en el sector público, da cuenta de que, efectivamente, al sector público de salud se le permite satisfacer estos requerimientos. Ejemplo de ello son los trasplantes hepáticos, en que, dada la característica de la oferta, existe prácticamente un monopolio. Paradójicamente el Fonasa ha negociado con la clínica Las Condes y ha podido hacer una intermediación de compra de 36 trasplantes que se están efectuando actualmente, con una rentabilidad social muy alta para una población que no tenía acceso a estas prestaciones.

Consideró que lo anterior constituye un ejemplo de la forma de resolver problemas mediante la aplicación de una lógica distinta, más allá de lo que existe en mecanismos de asignación de recursos. Lograr este cambio implica aceptar determinadas condiciones. En este sentido, las prestaciones valoradas y la compra de servicios al sector privado han resultado eficientes son 16.144 millones de pesos los usados por la vía de intermediación de compras, sin considerar los de libre elección, que corresponden a 116 mil millones de pesos, que van directamente a los prestadores privados.

Por ello, destacó que no se puede abordar el tema con un razonamiento simplista, sino que es necesario considerar todos los elementos e identificar lo que se podría llamar el plan de beneficios adicionales de FONASA, por lo que se está tratando de que este conjunto de prestaciones sean ofrecidas a la población beneficiaria más allá de lo contemplado en el régimen de garantías. Pero, para ello, se deben introducir cambios en la gestión y en la eficiencia de la acción en los establecimientos públicos, sin dejar de lado reglas

INFORME COMISION SALUD

de financiamiento que otorguen sustentabilidad a los planes adicionales para que las patologías no incluidas en el plan AUGE no sólo se sigan otorgando, sino que haya una intensa labor destinada a aumentarlas.

Por otra parte, en relación con la cotización de los independientes, expresó que el cálculo realizado al cruzar la base de datos del año 1999, se efectuó en función del ingreso mínimo de ese momento, que era de 110 mil pesos y la caracterización se realizó respecto del número de personas que tenía la encuesta CASEN del mismo año. Posteriormente, al corroborar la información con datos de la declaración de impuesto a la renta del año 2000, en términos generales, se obtuvo un número de 24 mil personas a las cuales se deben sumar las cargas. Si se piensa que, en promedio, estas son 3 personas, podría concluirse que se está ante un universo de 60 mil personas que declararon impuesto ese año y que estaban por encima del salario mínimo.

En todo caso, consideró que se debe realizar una discusión respecto de cómo se puede modificar la calificación de derechos para la certificación de indigencia en salud, que es una atribución del Fonasa proponerla y de los Ministerios de Salud y de Hacienda disponerla. Pero, claramente, las potestades que tiene el Fondo Nacional de Salud para calificar la indigencia son prácticamente nulas, puesto que la calificación la realizan los municipios y se efectúa sin la ficha CAS, con criterios muy febles, que no han sido modificados en muchos años y que, además, no dicen relación con ningún elemento positivo.

Sobre el plan de beneficios adicionales, expresó que los recursos que se invertirán responderán a necesidades sanitarias. Cuando el sector camina en esa dirección en la seguridad de ser eficaz, a partir de los problemas de salud que están identificados, también tenderá a ser más eficiente. Es decir, toda la lógica de construcción está en la dirección de que los recursos serán invertidos en función de satisfacer necesidades de la población, con los consiguientes esfuerzos de reconversión e innovación.

IV. 3. EXPOSICIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.

El señor José Pablo Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que la Comisión de Salud, en un informe emitido sobre el derecho de acceso a los sistemas de salud, en especial sobre el de Isapres, concluyó que existían una serie de falencias en el sistema, entre las cuales se destacaron los problemas de cobertura, de transparencia y de discriminación. Asimismo, recuerda que, entre las recomendaciones que se hicieron, estaba la de incorporar para todos los afiliados un conjunto de beneficios estándares exigibles para todas las Isapres.

El proyecto sobre AUGE apunta exactamente en esa dirección, por cuanto otorga la misma protección, no sólo a los afiliados a las Isapres, sino que a cualquier otro chileno afiliado al Fondo Nacional de Salud. Complementariamente a ese conjunto de beneficios, se logra transparencia, ya que las personas sabrán cuál es su cobertura sin mayores inconvenientes.

INFORME COMISION SALUD

El hecho de ser exigible que el AUGE contemple determinadas prestaciones que serán ofrecidas a todos los afiliados a un mismo precio, al establecerse el Fondo de Compensación Solidario, elimina el problema de la discriminación, superando con ello uno de los inconvenientes más graves del sistema.

Finalmente destacó que, respecto de la aplicación del fondo de compensación por beneficiario y no por cotizante que se realizó a propósito de la aplicación del per cápita para la atención primaria, la respuesta sigue siendo la misma, porque, en definitiva, es más neutro y justo aplicar un sistema por beneficiario persona que por cotizante y existen estudios que así lo demuestran.

IV. 4. EXPOSICIÓN DEL SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISIÓN DE REFORMA DE LA SALUD, DOCTOR HERNÁN SANDOVAL.

El doctor Hernán Sandoval (Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud) expresó que la progresión del sistema AUGE será definida por el Consejo Consultivo y estima que es difícil hacer anticipadamente un pronóstico sobre cómo se efectuará. En todo caso, hizo presente que se está frente a un plan incremental y que con el tiempo, obviamente, crecerá. Sin embargo, señaló que es evidente que, si se contase con las bases de datos suficientes y con toda la información nacional para hacer proyecciones, seguramente se podría tener mayor certeza en cuanto a predecir sobre cuál podría ser la evolución en lo futuro.

Por otra parte, informó que las patologías que están incluidas en el AUGE representan el 51 por ciento de los egresos hospitalarios. Si se logra influir, en la atención primaria, en aquellas patologías que, si son bien atendidas en ese nivel, el paciente no debería llegar al hospital, como sucede en los casos de insuficiencia respiratoria aguda (IRA), lo que debería suceder es que se liberen recursos para atender las otras enfermedades no consideradas, con evidente beneficio para la comunidad.

En relación con el temor expresado en cuanto a que podría resultar más rentable atender las patologías del AUGE podría ser infundado, las normas propuestas pueden ser perfeccionadas si existe una proposición en ese sentido para disipar ese temor.

Sobre la inclusión de la fibrosis quística en el AUGE expresó que actualmente esa enfermedad, que afecta a pocas personas, cuenta para su atención con recursos del orden de los 700 millones de pesos al año para satisfacer los requerimientos de medicamentos para su tratamiento. No obstante que esta enfermedad afecta a un universo muy pequeño de personas, se tiene que tener en consideración que la mayor parte de los enfermos muere antes de los 15 años de edad. Si se piensa que la esperanza de vida de la población es de 73 años, el que muere a los 15 años está perdiendo 58 años. En consecuencia, los años de vida potencial perdidos para ese grupo de niños es extremadamente alto.

INFORME COMISION SALUD

Se ha pensado en apoyar el tratamiento de esta patología en el entendimiento de que se está garantizando la posibilidad de aumentar las esperanzas de vida y de que aparezcan otras medicinas que permitan la sobrevivencia por mucho más tiempo.

Hizo presente que el desafío que plantea la reforma de salud es que la sociedad chilena pueda enfrentar el gasto en salud asociando el impacto sanitario con el uso racional de recursos, sin que ello implique un gran impacto en el presupuesto nacional, de manera tal que no ocurra lo que pasa en los Estados Unidos de Norteamérica, que destina el 14 por ciento de su Producto Interno Bruto, sin que ello se refleje en sus índices de atención de salud.

Terminó destacando el hecho de que la esperanza de vida de un campesino chileno con bajo nivel de instrucción es de 65 años de edad y la esperanza de vida de un campesino afroamericano de Luisiana es de 60 años, por lo que es posible concluir que estamos mejor, ya que se han sabido colocar los recursos de salud en las áreas de mayor impacto y, precisamente es eso lo que se propone como ruptura de un paradigma, ya que el país no está condenado indefectiblemente a seguir aumentando el gasto en salud para tener mejores resultados, sino que la ruptura de ese dogma.

IV. 5. EXPOSICIÓN EN REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD DEL DOCTOR CARLOS MONTOYA.

El doctor Carlos Montoya (de la Sociedad Chilena de Salubridad) puntualizó que su intervención no tiene por objeto plantear argumentos en contra o a favor de la reforma de la salud. La Sociedad ha realizado largas jornadas de análisis para tratar de interpretar o de comprender cuáles son los temas principales de la reforma que propone el Ejecutivo.

Agregó que, a pesar de ello, no puede dejar de plantear que, a su juicio, el diagnóstico está errado y que ahí surgen una serie de problemas.

Para ilustrar esta situación, destacó que el mensaje señala textualmente "A partir de 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron. Ello obedeció, por una parte, a su fragmentación, resultado del traspaso de la atención primaria a los municipios; y, por otra, a su segmentación, producto de la creación de las Isapres". La Sociedad, comparte este diagnóstico, así como los principios que se explicitan en el mensaje, como equidad, solidaridad.

Destacó que los problemas reales que existen son; falta de financiamiento solidario, que deriva precisamente de la creación de las Isapres; la municipalización; un cierto grado de anarquía en la formación y acreditación, el debilitamiento de la tuición ética sobre los profesionales y que los directivos del sistema siguen siendo personas de confianza y no directivos elegidos por concursos.

INFORME COMISION SALUD

Uno de los problemas sustantivos existentes es la incorporación de los establecimientos o prestadores del sistema público a un mercado de relaciones de compra y venta de servicios.

Expresó que es muy difícil separar los distintos proyectos de ley, ya que ellos forman un todo que debe analizarse globalmente. Por ejemplo, si bien existe un proyecto que modifica la ley de Isapres, las modificaciones más importantes están contenidas en la iniciativa que establece el régimen de garantías en salud.

Agregó que el mecanismo principal para incorporar a las prestaciones y a los prestadores a un mercado de relaciones de compra y venta de servicios es la asignación de recursos según producción de prestaciones valoradas en lugar de presupuestos globales. Los riesgos de las prestaciones valoradas están en términos de costos y de calidad.

Otro aspecto que facilita la creación del mercado de prestadores es la homogeneización de los prestadores públicos y privados. El proyecto que modifica el decreto ley N° 2.763, en su mensaje dice que "la red asistencial de cada Servicio de Salud incorpora a los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Existe, por tanto, una homogeneización y este mismo término está dicho en un artículo de este proyecto.

Otro mecanismo es el paso de la autonomía de los grandes hospitales, los que se denominarán "Programa de Prestaciones Valoradas Auge, PPV Auge". Esta autonomía llega, según antecedentes de que dispone, incluso hasta las unidades clínicas o servicios.

Asimismo, se usa el mecanismo, que constituye el núcleo del proyecto Auge, con la creación de una lista explícita de patologías con las correspondientes prestaciones valoradas que tendrán garantías de oportunidad, calidad y protección financiera "en el marco de los recursos disponibles". De ello se deduce que las demás patologías e intervenciones no tendrán garantías similares.

Otro mecanismo que contribuye a la transformación del sistema de prestaciones en el mercado son los cambios laborales expresados, por ejemplo, en las facultades extraordinarias de los directores de servicios y de establecimientos hospitalarios en materia de personal para otorgar bonos de desempeño, para mayor flexibilidad en el manejo de determinadas materias y para comisiones de servicios indefinidas. Se menciona, incluso el incentivo económico a los directivos que se conformen con los cambios, es decir, que faciliten la transformación de los hospitales.

La observación que surge de lo anterior es que se niega o no se hace uso de la naturaleza propia del Estado con sus ventajas. Esto es, existe un sistema privado con todo su bagaje y se tiene un Estado. Ambos son diferentes y cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, de manera que en este caso, ya que se está transformando la situación de los prestadores públicos, no se está haciendo uso de la naturaleza propia del Estado con sus diversas ventajas, y una de ellas es la ventaja de costo.

INFORME COMISION SALUD

Las prestaciones valoradas, que es uno de los mecanismos mencionados, elevan los costos del sistema público y eso es claro. El sistema público, tradicionalmente, paga los factores de producción: Es decir, siendo el Ministerio de Salud o el Estado el dueño de los hospitales, lo tradicional es que se paguen sueldos e insumos, esto es, factores de producción. En cambio, las prestaciones valoradas pagan un producto, algo que sale del sistema como en pequeños paquetes. Estas son las diversas prestaciones del Auge, y no sólo esas, sino que también el sistema se expandirá lo más que se pueda.

En relación con el tema de los seguros, se define, finalmente, -culminando con ello un proceso de transformación gradual-, al Fonasa como un seguro y establece su incorporación definitiva al mercado de seguros. Esto implica, su separación definitiva del Ministerio de Salud, la restricción de beneficios en términos de las leyes que deben seguir los seguros y el alza de costos.

Planteó que la alternativa es la que viene tradicionalmente del Servicio Nacional de Salud, que es la de un sistema y no la de un seguro. Acota que suele confundirse seguro con seguridad social. Nuestro sistema es uno de seguridad social, pero el Fondo Nacional de Salud no ha sido legalmente un sistema de seguro. Con las modificaciones legales, en tramitación ello se estaría consagrando así.

Para paliar estas consecuencias, se crea una nueva entidad, la Superintendencia del Régimen de Garantías, con atribuciones de supervisar y fiscalizar a Fonasa, que es una institución que ya tiene una serie de atribuciones en el sentido de ser una entidad fiscalizadora.

El cuanto al tema en torno al cual se articula la propuesta del Ejecutivo, es la desarticulación del sistema público y el debilitamiento del Ministerio de Salud.

Sobre el particular, señala que los principios y mecanismos propuestos son los siguientes:

- Fragmentación del financiamiento. Se crea un fondo de compensación, un fondo maternal, un subsidio a beneficiarias del subsidio maternal que tengan un salario inferior a \$400.000 mensuales, un fondo para pagar el Auge de los indigentes, y también se plantea un financiamiento separado para las acciones de prevención y promoción.

- Fragmentación de las actividades: Se separa "salud pública" de las atenciones a las personas. Aquí existe una desviación con respecto al concepto de salud pública que siempre se ha usado. La salud pública es el conjunto de esfuerzos de una sociedad para mejorar la salud, para prolongar la vida, etc. No es lo mismo, que considerar que salud pública es sólo prevención y promoción o parte de ella, concepto que se emplea en los proyectos.

- Fragmentación de la población beneficiaria: Se individualiza al grupo indigente, cosa que actualmente no se hace. Se deberá probar que se es pobre, lo que atenta en contra de la dignidad de las personas.

- Desarticulación administrativa. Ello se refleja claramente, por ejemplo, en que existirá una subsecretaría que se hará cargo

INFORME COMISION SALUD

de "Salud Pública". Se crean dos subsecretarías y una Superintendencia del Régimen de Garantías, con lo cual se les restan facultades al Ministro de Salud, ya que la Superintendencia podrá hacerse cargo de los reclamos y se le otorgan facultades que podrían llegar a constituir una violación de la confidencialidad y de la privacidad.

- Autonomía creciente de FONASA y del Instituto de Salud Pública.

- Acumulación de funciones de las Secretarías Regionales Ministeriales, con la nueva figura de la "Autoridad Sanitaria".

Todas estas modificaciones, especialmente con el fortalecimiento de las Seremis, producen una reducción de funciones y de autoridad del Ministerio y de los Servicios de Salud. Sin dejar de tener presente que se puede delegar en terceros la fiscalización, sin especificar en qué terceros.

Además, se crea un entorno de excepciones posibles en la nueva legislación, basadas en las cláusulas: "sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen Auge", el cual no está suficientemente definido.

Estos cambios hacen necesario redoblar la fiscalización, aumentando la burocracia, ya que se crea la Superintendencia de Garantías que ejercerá supervisión sobre FONASA, las Secretarías Regional Ministeriales de Salud, sobre las Direcciones de Servicios de Salud.

Además, dentro del tema de la desarticulación, se mantiene la municipalización, al no aprovechar la oportunidad para reintegrar la propiedad y administración de los consultorios y postas a los Servicios de Salud, así fuera de manera gradual. Sin embargo, se menciona el problema y no se definen las funciones propias de los municipios en salud. Aclaró que no pretende que la reintegración del sistema público sea total, brusca o violenta, sino que ella debe ser evaluada caso por caso y en aquellas comunas donde no funcione devolver los consultorios a los Servicios de Salud correspondientes.

Todo lo anterior, relacionado con la desarticulación del sistema público se fundamenta en el "principio de separación de funciones", principio que constituye un axioma más que un principio propiamente tal.

Otro factor distinto e importante dice relación con el mejoramiento de la gestión. El mensaje del proyecto Auge contiene una importante crítica a la gestión del sector público y en parte a la del sector privado. Pero no se incluyen medidas concretas para su mejoramiento, tales como concurso público para llenar cargos directivos, con recursos y evaluación periódica, y aplicación de técnicas administrativas eficaces.

Se dispone que los directores de los Servicios de Salud serán de confianza del Presidente.

En relación con el financiamiento, señala que, después de analizar los proyectos, la Sociedad Chilena de Salubridad ha concluido que ha sido estudiado en forma insuficiente y, además, la solidaridad que propone es apenas marginal, ya que como máximo representa el cinco por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud. La contribución por beneficiario desde Isapre al Fondo de Compensación es igual a la que hará Fonasa. No se ha

INFORME COMISION SALUD

considerado una propuesta efectivamente solidaria, mucho más clara y eficiente, como la formulada en su momento por el Colegio Médico y que se basa en el traspaso gradual de las cotizaciones de Isapre al sistema público.

Destacó que subsiste el problema del financiamiento, ya que el artículo 6° del proyecto, repite la advertencia: "dentro de los recursos disponibles". La incorporación de los independientes constituye un avance, pero entre ellos no se incluye a todas las personas no asalariadas y con ingresos declarados al Servicios de Impuestos Internos, sino sólo a aquellas que perciben honorarios. En todo caso, cree que este tema requiere ser aclarado. Añadió que, dentro del financiamiento, no se considera el costo de las reestructuraciones y nuevos organismos propuestos. Un cambio de la magnitud del propuesto que conlleva transferencias de personal y de funciones tiene un costo considerable, que requiere recursos y tiempo.

Finalmente, señaló que la cotización del 7 por ciento, al ser obligatoria, es por definición un aporte a un sistema de seguridad social en salud. A pesar de eso, desde los años 80, existe una desigualdad en que el 7 por ciento más alto se destina a las cuentas individuales de los beneficiarios de las Isapres y el 7 por ciento más bajo es para los beneficiarios del sector público, lo cual indica que existen diferencias considerables en cuanto al dinero per cápita de que se dispone; alrededor de 500 dólares para los afiliados del sector privado y más o menos 200 dólares per cápita para los del sector público, y eso que los últimos, además, reciben un aporte fiscal si no, la diferencia sería mucho mayor.

IV. 6. EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD, DOCTOR MARIANO REQUENA.

El doctor Mariano Requena (de la Sociedad Chilena de Salubridad) expresó que, la pregunta básica que se ha hecho, a propósito de la reforma de salud, es tratar de predecir en el mediano plazo que va a pasar con la atención médica de este país aplicando el Auge y el Régimen de Garantías en Salud. Lo que se hizo correspondió a un ejercicio de políticas de salud más que de salud pública concreta. En ese sentido es que le preocupa la situación mundial sobre la cual no se referirá sino que sólo hará presente que está suficientemente demostrado que la evolución del estado de bienestar cada vez se achica más como, producto de la evolución de la política de mercado y de las políticas económicas que se están aplicando.

Destacó que se puede comprobar que existe una relación estricta entre la base económica social sobre el sistema de salud. En este sentido se pueden tipificar los países de acuerdo con esta realidad, la que se da mucho más allá de las voluntades, ya que se acepta que es condicionante tan fuerte que necesariamente tiene que ser tomada en cuenta. Por tanto, para hacer una reforma se debería contar con un buen diagnóstico y eso no lo ha visto en el caso chileno. El diagnóstico debe estar referido a las fallas que tiene nuestro sistema y acotarlo, y no dice relación con el perfil epidemiológico ni médico.

INFORME COMISION SALUD

Específicamente, en el caso chileno cree que existe falta de equidad. Hay una clara fragmentación de los niveles de integración, ya que mientras esté separada la atención primaria de la secundaria y terciaria existirá duplicación de acciones. En cuanto al financiamiento, existe una gran desigualdad, que se refleja en el per cápita de cada sector; 500 dólares para el privado y 200 para el público. El Estado realiza un muy bajo aporte. Esto se reafirma con una declaración del Director del Fonasa que señala que el 56 por ciento del aporte para salud es costado por los propios usuarios entre copagos y gastos de farmacia.

De manera que es legítimo preguntarse por qué sucede eso y qué es lo queremos en realidad. El sector privado sigue con el 7 por ciento fijo de cotización. Es partidario de liberarlo, ya que, si quiere que las Isapres compitan y ofrezcan mejores productos al menor precio posible, como es el fundamento de las Instituciones de Salud, no se justifica que exista una cotización rígida. El hecho de que la cotización sea fija a lo único que ayuda es a facilitar el *descrime* que les permite liberarse de todos los asegurados que representan un gasto muy alto.

Manifestó que la actual proposición lo único que pretende es que se vaya a un multiseuro del cual su mejor representante, los Estados Unidos de Norteamérica, está huyendo, ya que tiene más de 15.000 Isapres y cae dentro de la filosofía del libre mercado, en que cada uno se asegura de acuerdo con su capacidad, con su mérito, como lo expresan los más ortodoxos en materia económica. El problema que tienen ellos es muy serio, ya que han aumentado los costos, por la gran competencia que existe entre las entidades aseguradoras. Estados Unidos está gastando más de 6.000 dólares per cápita, 15 ó 16 por ciento del producto, en salud.

En razón de lo anterior, que le preocupa que a través del AUGE, se puedan analizar las perspectivas de nuestro sistema de salud. Enfatizó que la reforma en curso del sistema de cuidado de la salud se ha constituido en un reforzamiento de la privatización que se ha vivido en los últimos 20 años.

Agregó que, cuando se habla de privatización, se habla de la desregulación, del individualismo como factor y principio básico de este sistema, y de la descentralización. Esa son las tres bases sobre las cuales se construye esta filosofía de libre mercado neoliberal.

Opinó que, si se analizan los artículos 13 y 14 del proyecto se puede constatar que el régimen de garantías en salud consiste en 56 patologías. Pero ¿qué pasa con el resto?, ¿Se van a atender cuando haya cupo o disponibilidad?. Se agrega, inmediatamente, que las Isapres van a tener planes especiales. Es decir, en el fondo, nosotros tenemos un sistema en el cual se exige que tanto el sector público como el privado presten con la prontitud y protección financiera determinada la atención. Reconoció, sí, que no tiene antecedentes sobre el porcentaje de las consultas totales que representan estas 56 patologías.

En su opinión, existe una balanza que va a tender a los múltiples y a transformar al Fonasa en otro seguro más y competitivo, ya que

INFORME COMISION SALUD

tendrá la característica de ofrecer lo mismo que los privados con el mismo porcentaje de cotización, con lo cual será muy fácil cambiar de uno a otro. Entonces, la situación económica jugará un papel preponderante. Estima que se está creando una canasta básica, propia de los seguros privados.

Este hecho preocupa, por cuanto se está creando, además de los seguros privados, uno público, en que los afiliados se desplazarán de uno a otro seguro de acuerdo con la situación económica del país, ya que el Fonasa quedará en la misma situación de los privados. Con ello, definitivamente, piensa que se está creando el sistema de multiseguros que compiten entre ellos, con las consiguientes consecuencias.

Por último, expresó su preocupación por la decisión adoptada por el Ejecutivo respecto de la reforma de salud, por cuanto se está cambiando un sistema que en los próximos días cumplirá 50 años. Se demoró 10 años en elaborar la política de salud que fue presentada como un todo, al contrario de esta reforma que aparentemente es global, pero de la cual sólo se conoce una parte, por lo que no es posible emitir una opinión global sobre el tema.

IV. 7. EXPOSICIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA SOCIAL DEL INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO, SEÑOR RODRIGO CASTRO.

El señor Rodrigo Castro (Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo) inició su exposición mostrando los avances que ha tenido nuestro país en indicadores de salud en los últimos 20 años.

Sobre el tema, destacó que ellos presentan, en cifras promedios, indicadores muy buenos, pero que existen brechas apreciables de equidad, especialmente en lo que dice relación con las tasas de mortalidad y nivel de escolaridad, en que se puede constatar que existen importantes diferencias, especialmente de determinadas patologías. Asimismo, se puede comprobar esta brecha en el ámbito geográfico.

En consideración a esos datos, destacó que el sector presenta importantes deficiencias en cuanto a gestión. La fuente en la materia es el estudio de Rodríguez y Tokman sobre productividad en salud, que es conocido por la Comisión. De ese estudio se puede concluir que ha existido una caída importante en la productividad, en donde el gasto casi se ha triplicado, lo que indica que la focalización de la reforma debe estar en el sistema público, en donde existen las mayores caídas en productividad.

Asimismo, en lo que dice relación con las listas de espera, se puede constatar que existen alrededor de 18 mil pacientes con una espera de 50 semanas en promedio. Se destaca el hospital El Salvador, por tener la mayor cantidad de semanas con más de 2.000 pacientes.

En relación con el proyecto Auge propiamente tal, señaló que su interés es informar a la Comisión en materia de salud en cuanto al producto, precio y financiamiento.

Respecto del producto que se establece en el proyecto de ley, cree positivo que exista una regulación de beneficios mínimos obligatorios,

INFORME COMISION SALUD

complementado con un régimen de garantías AUGE, la cobertura financiera del Fonasa de libre elección y del plan complementario. Sin embargo, cree que este plan complementario debe ser convenido libremente por las partes, eliminándose regulaciones que se detallan en el proyecto, tales como el límite inferior de cobertura del inciso primero del artículo 33 y el establecimiento de un arancel único.

Asimismo, respecto a la regulación de los beneficios mínimos obligatorios, estimó que, en cierta medida, se confunde a los afiliados, ya que podrían terminar coexistiendo tres aranceles en los planes, a saber: AUGE, Fonasa de libre elección y el que sea determinado por la Superintendencia de Isapres.

Además, la obligación de los seguros de otorgar las prestaciones de salud pública la consideró correcta, pero el proyecto de ley no establece el financiamiento, por ejemplo, de las vacunas o del plan de leche.

En lo que respecta al precio que se presenta en la iniciativa para el régimen de AUGE, opinó que es negativo que se fije en un valor no superior a la prima universal, toda vez que la competencia que se ha dado en el sector privado regula precios en alguna medida, y dado que esa fijación de precio a un producto o parte de él corresponde a un estándar que es muy fácil de comparar por los afiliados. Adicionalmente, el hecho de fijar un precio a un producto otorga un poder discrecional a la autoridad, sin que se contemplen instancias de apelación ni organismos técnicos que arbitren niveles mínimos de rentabilidad que se deban cumplir. En su opinión, se podría plantear como inconstitucional esta proposición de fijar el precio en estas condiciones, sobre todo si se tiene en cuenta que en el caso de monopolios naturales, como el sector sanitario o el eléctrico donde existe una regulación clara en el sentido de que se establecen mínimos de rentabilidad y hay una institucionalidad de organismos técnicos que arbitren.

También en materia de precios, la nivelación de precios por sexo y edad la considera factible si solo el costo del régimen es el único sujeto a compensación y no el resto del plan que se propone y solo si se separa el precio del régimen de los precios del contrato ya sea que se trate de Fonasa de libre elección o del plan complementario o de ambos conjuntamente. Además, sería factible si el precio que representa el costo de los subsidios por incapacidad laboral es expresado en porcentajes de la remuneración imponible. Cree que cualquier nivelación de este precio entre afiliados produce una distribución regresiva de rentas bajas a rentas altas.

En cuanto a la proposición sobre vigencia del contrato y adecuaciones de precios y beneficios cada tres años, consideró que debe ser analizada con cautela, sobre todo si se tiene en cuenta el alza permanente del costo real de salud que es del orden del 6 por ciento. No se ha podido mitigar o evitar esa alza, por lo que establecer las adecuaciones de precio cada tres años puede resultar en una sobreestimación de costos y perjudicar a los beneficiarios del sistema. Es decir, cuando las Isapres estén evaluando sus costos, es posible que se efectúe una sobrevaloración. Además, se puede producir una limitación de la capacidad del sector privado asegurador de

INFORME COMISION SALUD

umentar sus precios de acuerdo con incrementos de costos, lo cual puede causar insolvencias del mismo.

Asimismo, estimó que debería subsistir la posibilidad de que el desahucio del contrato por parte de los afiliados y las adecuaciones de precio por parte del sector asegurador se hagan cada uno, dos o tres años, ya que con ello se otorgaría mayor flexibilidad y viabilidad de largo plazo. En todo caso, siempre debería existir la posibilidad de adecuar los precios cuando se modifique el régimen o cualquier arancel que afecte al contrato.

En lo relacionado con las garantías, específicamente con el control de las mismas, señaló que falta diseñar un mecanismo expedito que permita realmente exigir los derechos en el sistema público. De la lectura del proyecto, no se aprecia ningún mecanismo que resuelva este problema. También cree que el mecanismo de reclamo que se establece es burocrático y no resolvería la exigencia de los derechos.

Hizo presente su coincidencia con los expertos sobre los efectos negativos que podría ocasionar la fiscalización dual, ya que ello podría producir dos estándares diferentes de exigencias al existir dos Superintendencias. Debería existir un solo superintendente con autoridad de árbitro arbitrador independiente del Gobierno, y designado con acuerdo del Senado y que no pudiera ser removido de su cargo hasta el término de su mandato.

En materia de control de garantías, en cuanto a la definición y actualización del régimen, la institucionalidad del Consejo Consultivo debería ser una instancia técnica independiente que resista las presiones de los grupos de interés, por lo que la composición del mismo adquiere relevancia y es fundamental.

En términos de financiamiento, se establece que sólo existirá compensación en el régimen y no en el complemento, con lo cual se pueden generar distorsiones en un esquema de Régimen Auge creciente cada tres años. Asimismo, no está contemplado un esquema de financiamiento en caso de que exista déficit del Fondo, así como tampoco se contempla la forma de financiar el déficit de los cotizantes.

Por lo anterior, estimó necesario que se establezca la portabilidad de los subsidios, por lo menos, en una primera etapa de aplicación del régimen, lo que permitiría mayor competencia y mayor bienestar para los usuarios.

Sobre la nivelación de precios por sexo y edad, está planteada por beneficiario y castiga fuertemente a los grupos familiares con más hijos, ya que tendrán que compensar especialmente a los adultos mayores tantas veces como hijos existan en el grupo familiar. Acota que del estudio de tablas de riesgo relativo por sexo y edad, se puede concluir que el que más aporta al fondo es el grupo entre 2 y 17 años de edad, por lo que se podría pensar que este grupo no debería estar dentro del plan Auge, para no apoyar una cierta discriminación a grupos de familias con una mayor cantidad de hijos.

INFORME COMISION SALUD

En relación con el Fondo Solidario Maternal, no se modifica ni rebaja la cotización de salud del 7 por ciento establecida en el artículo 92 de decreto ley N° 3.500, que establece un nuevo sistema de pensiones, sino que se fija en el 7,6 por ciento. Consideró inconveniente eliminar el subsidio del Estado al financiamiento de la licencia maternal reemplazándolo por una nueva cotización previsional o impuesto de cargo de los trabajadores. Asimismo, estimó que el subsidio es necesario para hacer compatible la maternidad con el trabajo de la mujer.

Respecto de la cotización de los independientes, existen, en su opinión, dos problemas. El primero es si el independiente debe pagar y no recibir devolución de impuesto. La Tesorería no sería un ente recaudador únicamente y cumpliría dicha función sólo en el caso de que exista devolución de impuestos. El segundo dice relación con el hecho de que la obligatoriedad no alcanza a las rentas provenientes del capital, es decir, del global complementario y se mantiene con ello una discriminación.

Sobre la individualización obligatoria de prestadores del sector privado, estimó que hace imposible el procedimiento de libre elección, por lo que cree que se debería considerar la posibilidad de otorgar la libertad para ofrecer en los contratos de salud la posibilidad de un número limitado y cerrado de prestadores, como también prestadores preferentes, libre elección de prestadores y la combinación de estas opciones.

Con relación a la integración público-privada, expresó que debería consultarse la posibilidad de que el sector asegurador privado de salud pueda comprar prestaciones al sistema público. Asimismo, cree que se deberían eliminar las barreras que tiene Fonasa para comprar servicios al sistema privado.

Finalmente, hizo presente que existe un riesgo importante en aprobar una ley que no dé solución a los problemas de salud de la población. Algunos especialistas opinan que para aplicar el Plan Auge no se requiere de ley, estimando que igualmente se debe hacer un diseño de reforma que no implique un riesgo político y social de largo plazo, ya que se crearía una expectativa que no se cumpliría.

IV. 8. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.

El doctor Juan Luis Castro (Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.) señaló que el plan Auge debe dar garantías explícitas y concordantes con los nuevos desafíos del país; pero esto no puede significar detrimentos del resto de las atenciones ni de las acciones de salud pública. El régimen de garantías sólo se relaciona con 56 patologías, dejando sin garantías a cientos de otras.

Agregó que existe la necesidad de introducir modificaciones en los proyectos para asegurar el derecho al acceso general a la salud y no sólo a las patologías definidas. Cree que para que las garantías sean un *plus* en el sector público, se debiera asegurar un adecuado

INFORME COMISION SALUD

financiamiento para el resto de las prestaciones. De debería contar con un plan de inversiones en infraestructura y de personal para asegurar la realización de actividades al interior del sistema público.

Asimismo, consideró que las patologías Auge suponen un financiamiento adecuado y la existencia de incentivos para su realización; pero que para las patologías no Auge, en su mayoría, no existe claridad respecto al financiamiento.

Destacó que hoy están subvaloradas y si no se incrementan los recursos para ello, sufrirán un grave desplazamiento respecto a las que sí se encuentran financiadas. Estimó que, para un directivo de un establecimiento hospitalario, la elección resulta obvia entre las 56 patologías Auge, ya que las no consideradas no sólo significan gasto, sino que ni existe la posibilidad de recuperar los costos, tal como sucede en la actualidad, lo que implica, en términos prácticos, la desprotección para las personas respecto de las patologías no Auge.

Sobre las patologías consideradas en el plan Auge, señaló que existen deficiencias que deberían ser abordadas. Así es como en la insuficiencia renal crónica se considera el pago de las diálisis y del trasplante, pero no se dice nada respecto de los tratamientos previos a la declaración de la enfermedad.

En el caso de la sordera, que está en el Auge, no se establece el financiamiento de las intervenciones de tímpanos de los niños que permitirían evitarla.

Respecto de la depresión, se establece que beneficiará a las mujeres de 20 a 44 años, es decir, a 2.940.284 personas. La población en riesgo, considerando grupos etáricos y sexo, es de 11.097.680 personas mayores de 15 años, respecto de la cual no se contempla ninguna acción.

Tampoco se señala cuál será el destino de los establecimientos que no realizarán prestaciones Auge. Asimismo, no existe claridad respecto de la situación de los hospitales pequeños y de lugares apartados, que tenderán a hacer las prestaciones más caras y, obviamente, no poseen la implementación adecuada para ello.

Por otra parte, estimó que la segmentación sin garantías de ningún tipo a las patologías no incluidas en el plan Auge tiende a incrementar la falta de equidad, ya que sólo algunos tendrán acceso, como también la ineficiencia social, puesto que existirá un aumento de prestaciones de alto costo y de poca efectividad.

Asimismo, señaló que algunas de las patologías excluidas del plan Auge, como el cáncer pulmonar, insuficiencia hepática crónica, glaucoma, insuficiencia cardíaca crónica, cáncer de colon y recto, melanoma, violencia intrafamiliar, hiperkinesia en adolescentes, osteoporosis, climaterio –reemplazo hormonal, no están suficientemente justificadas, por lo que se debería reestudiar para que sean consideradas como patologías en el plan Auge, porque son enfermedades que afectan a gran parte de la población o, por lo menos, considerar la forma como serán atendidas por programas especiales.

INFORME COMISION SALUD

Respecto de las patologías del plan AUGE, señaló que de la revisión de las canastas surgen interrogantes que le preocupan, ya que existen omisiones. No se incluyen todos los componentes o no se consideran los técnicamente más adecuados.

Asimismo, cree que, al no considerarse todas las enfermedades en el plan, se han creado falsas expectativas en la población, por cuanto la publicidad no ha señalado las limitaciones existentes.

Por ejemplo, en el caso de la enfermedad isquémica e infarto al miocardio, no se contempla la trombolisis, procedimiento ampliamente utilizado y de alto impacto en la disminución de la mortalidad por infarto.

En relación con la fijación del precio de la canasta del plan AUGE, expresó que para cada patología se estableció una canasta, que contiene los exámenes y los procedimientos que requeriría cada enfermedad, en base a lo cual se determina el precio para cada canasta. Cree que los costos del plan están por debajo de costos reales, debido a que se han considerado los precios históricos, que no incluyen los recursos humanos ni el mantenimiento y la reposición de equipos, ni menos de la infraestructura.

Agregó que los mecanismos de asignación para determinar el volumen de recursos financieros en salud son AUGE, Programa de Prestaciones Valoradas y costo real. Para las patologías no AUGE, el financiamiento se determina mediante el per cápita y sobre la base del presupuesto histórico.

Respecto al Fondo de Compensación Solidario, expresó que lo valora como concepto central de esta reforma; sin embargo, cree presenta graves problemas. El primero de ellos dice relación con el hecho de que todas las personas aportan igual, ya que se fija una prima universal. Así es como el que cotiza el 7 por ciento de 110.000 pesos aportará más de la mitad de todos los recursos que cotiza en un año; en cambio, aquel que tiene un ingreso sobre el tope de 60 unidades de fomento e impone el promedio de cotización Isapre sólo destinará al fondo el 4 por ciento de su cotización anual.

En todo caso, reconoce que existe solidaridad de género y de edad, pero que ésta no existe desde el punto de vista de ingresos y que a diferencia del fondo maternal no es proporcional a los ingresos.

El segundo problema que contiene esta proposición es el que el Fondo constituido con la prima por cada beneficiario se devolverá a "los seguros" público y privado.

Hay claridad en que el sistema estatal va a seguir cubriendo el 70 por ciento, como eje del sistema prestador, y un sistema privado con un rol de complementariedad.

Sobre el régimen de garantías, cree que cabe preguntarse si se está frente a un plan de prestaciones o a uno de garantía? No es claro lo que se pretende definir. Por ello, cree que es necesario profundizar en clarificar los conceptos. El Colegio Médico apoya la existencia de garantías explícitas y que las personas sepan claramente cuánto les cubren, en qué tiempo de espera máximo será atendidas, cuáles son las responsabilidades y

INFORME COMISION SALUD

cómo pueden reclamar. Este planteamiento el Colegio Médico lo comparte y lo apoya.

Si es un plan de prestaciones en el cual existe un acotamiento, que podría, de algún modo, asimilarse a una suerte de "canasta básica" o plan mínimo de prestaciones para un conjunto de ciudadanos, eso le parece peligroso por la vía de la exclusión.

Agregó que el Instituto de Administración de la Salud de la Escuela de Economía de la Universidad de Chile emitió un informe que califica el Auge como una canasta básica de prestaciones.

Sobre la modalidad de libre elección, que permite a los beneficiarios del Fonasa adquirir un bono y atenderse con el profesional que deseen, se propone reemplazarla por una modalidad más bien capitada, ya que incorpora mecanismos de pago por paquetes para servicios específicos y, en palabras textuales del un documento emanado de la Comisión de Reforma de la Salud del Ministerio, señala "... Estudiar la posibilidad de eliminar gradualmente la opción intermitente de la Modalidad de Libre Elección, obligando a los beneficiarios a optar al principio de cada año..."

En otro orden de materias, expresó que para la relación con la complementación de la relación sistema público - privado, resulta poco adecuado considerar la posibilidad de que exista la integración vertical en el sistema privado prestador con el asegurador. Recordó que en el Informe emanado de la Comisión de Salud sobre el derecho de acceso a los sistemas de salud, una de sus conclusiones indicó claramente que se debía terminar con la integración vertical en el sector privado asegurador y prestador. Este tema, desgraciadamente, no ha sido asumido por los proyectos de ley relacionados con la reforma.

Finalmente, acotó que esta materia debería ser abordada, por cuanto existe una alta concentración de afiliados en tres Isapres que tienen más o menos dos tercios del mercado asegurador y muchas de ellas, además, son dueñas de una serie de clínicas y centros médicos.

**IV. 9. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA
CONFEDERACIÓN NACIONAL DE
FUNCIONARIOS DE LA SALUD
MUNICIPALIZADA CONFUSAM, DOCTOR
ESTEBAN MATURANA.**

El doctor Esteban Maturana (Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada, Confusam) inició su intervención expresando, en primer lugar, que es absolutamente improcedente legislar sobre un régimen de garantías en salud, sobre un instrumento de gestión y sobre el sistema Auge, orientado a definir prioridades sanitarias. Cree que el sistema Auge propuesto por el Gobierno no es más que un conjunto de prioridades en materia de atención que obliga a los establecimientos públicos y privados a un tratamiento especial para un conjunto de 56 patologías de salud en una primera etapa.

INFORME COMISION SALUD

Recordó que, en la historia de la salud pública de nuestro país, desde la creación misma del Servicio Nacional de Salud, se definieron prioridades sanitarias en orden a privilegiar la atención a los grupos materno-infantil y a los trabajadores, a la vez que para enfrentar el grave problema de las enfermedades infectocontagiosas. A lo largo de décadas, en la programación del quehacer sanitario se han generado nuevas prioridades sobre la base de las exigencias que han surgido en el proceso salud-enfermedad. A modo de ejemplo reciente, el programa de insuficiencia respiratoria aguda, IRA, que tiene por objeto controlar las infecciones respiratorias agudas, ha permitido dedicar particular atención a una problemática causante de alta morbilidad y mortalidad en los grupos de población infantil y del adulto mayor, lográndose, en un período relativamente breve, disminuir las muertes de niños y adultos mayores por dicha causa.

Agregó que, una segunda consideración relevante es que el sistema Auge, de ser aprobado por el Parlamento, creará una nueva modalidad de discriminación en salud, que se sumará a las ya existentes por edad, por sexo y por nivel de ingresos económicos. La propuesta del Gobierno supone un financiamiento especial para las prestaciones del sistema Auge, hecho que se constituirá en un incentivo para que los administradores de centros asistenciales tiendan a privilegiar la atención a personas portadoras de problemas de salud contenidos en el plan Auge sometidos al Régimen de Garantías Explícitas, relegando al resto, a lo menos, a los problemas ya existentes como colas, listas de espera, escasez de insumos, etc. Como es de toda lógica, cualquier responsable de establecimiento optará por atender una enfermedad cuyos costos asistenciales serán pagados a costos reales y que no generarán ni la deuda, ni el déficit, de otras prestaciones que estén subvaloradas y que, sin lugar a dudas, generarán endeudamiento para el establecimiento.

Añadió que un tercer elemento por considerar a la hora de plantearse la propuesta de un Régimen de Garantías en Salud, en el cual se imponen condiciones más exigentes que las existentes en la actualidad respecto del acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, dice relación con la situación actual de desmedro del sector público tanto en el ámbito municipal como en el estatal.

Estimó que, sin las exigencias que impondrá el sistema Auge, y como es ampliamente conocido, el insuficiente aporte estatal a la atención primaria municipalizada, que implica un déficit mensual del orden de los 300.000 millones de pesos, sumado a la creciente deuda de los hospitales públicos, superior a los 500.000 millones de pesos, ha generado graves dificultades en la atención de salud actual. Bajo la modalidad del sistema Auge, cuyas condiciones de financiamiento insuficiente ya han sido públicamente señaladas, la situación del sector se hará francamente insostenible, debiendo sufrir las consecuencias de las expectativas insatisfechas, tanto de los propios usuarios como del personal que se desempeña, sobre todo, en los establecimientos públicos dependientes del SNSS y en la administración municipal.

INFORME COMISION SALUD

Destacó que otro aspecto por considerar dice relación con las expectativas que generará en los usuarios de los servicios de salud una propuesta que normará garantías de atención, garantías que se constituirán en derechos exigibles judicialmente y para las cuales no se crean las condiciones que posibiliten su concreción. La situación descrita permite prever que en el corto y mediano plazo el sistema público de salud se enfrentará a un número creciente de demandas que deberá responder ante los tribunales de justicia.

Agregó que un quinto punto necesario de ponderar es que la incapacidad del sector para satisfacer las garantías explícitas del Auge generará mayores insatisfacciones y conflictos en la relación con los usuarios, con el personal de los establecimientos asistenciales, con las consecuencias que son de prever.

Expresó que una sexta consideración es que, aunque en el mensaje del proyecto de ley el Ejecutivo explica su convicción en torno a la necesidad de fortalecer la prevención en salud, lo cierto es que el Auge apunta, en lo fundamental, a definir garantías explícitas para la atención curativa de problemas de salud, problemas que en su mayoría son expresión del fracaso en la prevención.

Manifestó que no podía dejar de señalar la contradicción flagrante entre una propuesta que introduce la lógica del Plan Básico de Salud -Auge, en opinión nuestra, en tanto contempla un número acotado de problemas de salud, con costos y prestaciones definidas, es un plan básico-, con la lógica de los principios de universalidad e integralidad que el Gobierno asumió cuando se suscribió el Acuerdo Marco Gobierno-CONGRES, el 19 de mayo del año en curso.

Sobre el proyecto de ley propiamente tal, destacó que en el Título I, Párrafo 1º, artículo 5º, que norma la exigibilidad legal de las garantías explícitas, es necesario profundizar en las implicancias legales futuras que tendrá dicho artículo, cuya positiva intencionalidad nadie podría discutir, pero que, al contrastarse con la desmedrada realidad sectorial, permite prever una andanada creciente de querellas contra los establecimientos públicos de salud. Esta dinámica generará, a su vez, un incremento en los costos actuales por motivos ajenos a la esfera sanitaria.

Asimismo, estimó que en el párrafo 3º, artículo 9º, se define la composición del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud y su nombramiento por el Presidente de la República para un período de seis años. Le parece que dicho Consejo así constituido no puede ser considerado como el espacio en el que se realice la participación social en salud en los términos que se plantean en el mensaje. Una real participación obliga a considerar la integración en un cuerpo colegiado, con representantes tanto del mundo científico-técnico, como del gremial y de las organizaciones de usuarios de salud, cuya selección no debe quedar a la exclusiva decisión del Presidente de la República.

En el párrafo 5º, el artículo 14, tal cual está redactado, relega a un plano secundario todas aquellas prestaciones o beneficios

INFORME COMISION SALUD

complementarios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud para los beneficiarios del Fonasa. Lo mismo regirá para las Isapres, pero estas instituciones sí podrán incrementar sus precios. Para los efectos de evitar que se produzca discriminación por enfermedad, se deben contemplar mecanismos legales que resguarden el derecho a la atención de salud para usuarios no Auge.

Respecto del Título II, que legisla sobre la Superintendencia de Garantías en Salud, estimó oportuno señalar sus aprensiones respecto de la creación de una nueva instancia de poder formal que operará sobre el sistema público, al margen del Ministerio de Salud, aumentándose de esta manera la maquinaria burocrática del Estado.

Sobre las indicaciones al régimen de garantías explícitas, señala que este texto introduce modificaciones orientadas a resolver sobre el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud. Para su análisis, le parece oportuno señalar que las apreciaciones de la CONFUSAM dicen relación con el Acuerdo Marco Gobierno-Congres, suscrito el 19 de mayo pasado, en el que se explicita que la equidad y la solidaridad son principios rectores de la Reforma Sanitaria.

Siendo así, le parece de todo punto de vista coherente con dichos principios generar un marco legal que obligue a los trabajadores independientes a cotizar para salud.

Consideró que no contribuye a la equidad, ni a la solidaridad el hecho de que el Estado realice un aporte fiscal para financiar el Régimen AUGE para indigentes y/o personas carentes de recursos, entendiendo además que en este grupo -al que se suma una proporción importante de pobres no indigentes- se producirá con mayor intensidad el fenómeno discriminatorio AUGE - no AUGE. Los grupos de mayores ingresos podrán complementar sus planes de salud en el sector privado, al contrario de los grupos de bajos ingresos, quienes tendrán asegurado solamente el plan AUGE.

Sobre el Fondo de Compensación Solidario, cree que tampoco se adecua al marco de principios señalados previamente, por cuanto opera sobre la base de una prima universal de monto igual para cotizantes de Fonasa y de Isapres, definida únicamente para las prestaciones del Régimen de Garantías Explícitas y con traspasos financieros entre carteras insignificantes. Dicho Fondo de Compensación de riesgo financiero, no sanitario, coloca en una misma lógica la de los seguros de salud propiamente tales con objetivos lucrativos -Isapres-. Es decir, en la lógica del proyecto de ley en cuestión, Fonasa asume el rol de seguro público, en detrimento de su actual condición de fondo. A efectos de evitar que se produzca este hecho, su propuesta es la de construir fondos separados, uno para el sector público y otro para el sector privado.

Finalmente, en lo que al Fondo Maternal Solidario atañe, tiene la convicción de que implica un grave retroceso en la política actual de protección a la maternidad que ha caracterizado a Chile. Por ello, al margen de reconocer el carácter regresivo en el uso del subsidio maternal, desde una visión de género, la organización que preside considera inaceptable castigar a

INFORME COMISION SALUD

la mujer trabajadora durante su proceso maternal. Insta al Gobierno y al Congreso a la búsqueda de mecanismos que, sin alterar la actual política de protección a la maternidad, permitan compensar el carácter regresivo que actualmente exhibe el uso del subsidio maternal.

IV. 10. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD, CONFENATS, SEÑOR JORGE ARAYA.

El señor Jorge Araya (Presidente de la Confenats) expresó que, son partidarios de que se efectúe una reforma de salud, porque la situación actual así lo amerita y es necesario que se introduzcan cambios drásticos. Sin embargo, no compartió la proposición del Ejecutivo en orden a establecer determinadas garantías por estimar que éstas ya existen en el ordenamiento jurídico nacional y las atenciones son proporcionadas a todos los pacientes. El hecho de que existan problemas en cuanto a la oportunidad de la atención se debe a la falta de recursos y no a que los funcionarios no quieran atenderlos.

Hizo presente que existen problemas de infraestructura, falta de equipamiento y adquisición de nuevos equipos para que los hospitales cuenten con los elementos mínimos para resolver los problemas de sus pacientes. Esto se ha visto agravado por el hecho de que el Fonasa no paga el valor real de las prestaciones, sino que éstas se encuentran subvaloradas.

Añadió que en los últimos años ha existido un aumento importante en los recursos que se aportan a la salud, pero ello sólo ha venido a suplir el déficit histórico que existía en el sector.

Terminó afirmando que, para los trabajadores que representa, resulta lamentable que el Gobierno insista en aprobar esta reforma, por cuanto el tema no está siendo tratado en forma técnica, sino política. No se consigue el objetivo fundamental de solucionar los problemas de la gente con la propuesta que se está haciendo, ya que sólo establece la prioridad de la atención para 56 patologías.

IV. 11. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENPRUSS, SEÑOR JUAN DÍAZ.

El señor Juan Díaz (Presidente de la FENPRUSS) señaló que como representante de una parte importante de los profesionales de la salud ha planteado que esta reforma debe construirse con el aporte de todos los trabajadores del país. En este sentido, hizo presente que los proyectos actualmente en tramitación no han sido consensuados con la comunidad, ni menos con los gremios de la salud, y adolecen, por tanto, de una visión conjunta de la sociedad.

Recalcó que este hecho se lo han manifestado en reiteradas oportunidades a las autoridades del sector y especialmente al

INFORME COMISION SALUD

Ministro de Salud y que como producto de ello, se ratificó un acuerdo que se firmó con el Gobierno en el mes de mayo pasado. Se pensó que los representantes de los gremios iban a participar en la elaboración del marco de la reforma, por cuanto están conscientes de que no pueden ser colegisladores en estas materias. Este hecho en definitiva, no se concretó.

Por ello no tiene por objeto dar a conocer observaciones al proyecto, ni menos formular sugerencias de modificación, sino sólo señalar que este proyecto no representa el sentir de los trabajadores ni respeta los acuerdos firmados entre los gremios y el Gobierno.

En todo caso, señaló que el proyecto, al establecer prioridades para determinadas patologías, lo único que está haciendo es producir una nueva forma de discriminación, ya que por el sistema de financiamiento de las mismas es seguro que los directores de los hospitales privilegiarán este tipo de prestaciones.

Enfatizó que el Ministerio de Salud no requiere de una ley para establecer prioridades, ya que tiene atribuciones para ello, siendo un ejemplo de esta afirmación el programa de oportunidad de la atención que actualmente se encuentra en marcha en casi todos los establecimientos hospitalarios del país, con el cual se ha podido resolver una gran parte de los problemas de listas de espera, especialmente en cirugía.

Asimismo, destacó que son partidarios de la participación de la ciudadanía en los distintos hospitales, mediante la organización de pacientes que les permita influir en las políticas de salud, en la elaboración de las mismas, en la determinación de las prioridades y, quizás, en la administración del hospital, lo cual no ha sido recogido por los proyectos de la reforma.

Insistió que lo único nuevo que se plantea en el proyecto es el Consejo Consultivo, que considera que es la antítesis de la democracia, ya que ese Consejo tiene una génesis absolutamente poco democrática, puesto que sus miembros serán nombrados por el Presidente de la República.

En definitiva, consideró que el Consejo Consultivo debiera ser una instancia abierta a la participación ciudadana y de la comunidad, además de la de los gremios.

Informó que otra de las materias que formaban parte del acuerdo marco celebrado con el Gobierno decía relación con que el Fonasa debía mantener el rol solidario que ha tenido desde su creación. Destacó que en el proyecto de ley existe más de un elemento que lo lleva a pensar que se estaría transformando al Fonasa en un seguro más, que otorgará un plan de salud que cubrirá sólo las prestaciones de ese plan y que los demás tendrán que ser pagadas mediante copagos o mediante un adicional. Cree que eso es así, por cuanto no se entiende por que se está proponiendo que el Fonasa pueda otorgar otras prestaciones que no están en el Auge sino es a través de un pago extra por parte de los cotizantes.

Otro tema que lo lleva a concluir que el Fonasa cambiará su rol actual y adquirirá la calidad de asegurador dice relación con la proposición de crear una Superintendencia de Garantías en Salud, que será la

INFORME COMISION SALUD

que fiscalizará al Fonasa. Estimó que, si se tiene en cuenta que la función principal del Fonasa es ser el distribuidor de recursos, no entiende para qué se está creando esta Superintendencia, a menos que se esté pensando en transformarlo en un asegurador público.

Por otra parte, también expresó su oposición a la creación del Fondo de Compensación Solidario, porque ello implica derechamente que se está subsidiando a las Isapres, en circunstancias que la mayor parte de este fondo estará formado con los aportes de los cotizantes del Fonasa. Además, consideró que este fondo es absolutamente regresivo, ya que establece una prima única para todos, sin considerar el monto de los ingresos de cada cotizante.

Respecto de la situación de los indigentes, la prima será pagada por el Estado, pero sólo respecto de las prestaciones del plan Auge y no se sabe qué pasará con el resto de las patologías. En definitiva, cree que si el Fonasa va a seguir cumpliendo su función de fondo universal solidario, el indigente no tendría necesidad de cotizar o de que el Estado le pague la cotización, ya que el fondo solidario en sí resuelve su problema. Basta con que la persona acredite que es un indigente para que sea atendido en cualquier hospital público del país.

Sobre el Fondo Maternal Solidario, cree que la sobrecotización que se propone lo único que está haciendo es buscar una forma de que el Estado se desligue de su responsabilidad en la protección de la maternidad y se la esté traspasando a todos los chilenos. En esta materia, consideró que no existe un tema de solidaridad, sino de iniquidad, porque una vez más los sectores que tienen menos recursos van a tener que financiar remuneraciones de mujeres con mejores sueldos que el propio que ellos tienen. Estimó que, en esta materia, es preferible mantener la situación actual, en la que el Estado es el responsable de la maternidad de todas las mujeres del país.

Finalmente, señaló que otra forma de regresión está representada por una que pretende buscar más recursos con el aumento del IVA, que, en definitiva, repercute en las personas de menores recursos.

Por ello, plantea derechamente que la reforma de salud no está siendo solidaria, equitativa, universal e integral, que no considera la participación de los trabajadores ni de la comunidad. En definitiva, cree que este proyecto no fortalece la salud pública y, por ende, no soluciona los problemas de salud del país.

**IV. 12. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA
FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES
DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LOS
SERVICIOS DE SALUD, FENTESS, SEÑOR JUAN
RAPIMÁN.**

El señor Juan Rapimán (Presidente de la FENTESS) expresó que, igual que la Fenpruss, su organización integra el Consejo

INFORME COMISION SALUD

Nacional de los Gremios de la Salud, Congres, y por lo tanto comparte sus observaciones sobre la reforma de la salud.

Recalcó que, como trabajadores de la salud, no concuerdan con las propuestas del Gobierno en materia de reforma de la salud, aun cuando consideran que debe introducirse una nueva manera de otorgar salud.

Agregó que también comparte la opinión de que la prioridad para la atención de las 56 patologías lo único que hará es producir mayor discriminación, ya que existirá atención de primera clase correspondiente para las incluidas en el plan Auge y de segunda todo el resto de las prestaciones, todo lo cual repercutirá en los trabajadores, que serán objeto de todo tipo de presiones, por cuanto necesariamente se privilegiará una atención que va ser pagada con recursos nuevos por sobre los aranceles que se pagan actualmente y que se seguirán pagando de la misma manera que ahora.

Finalizó enfatizando que se suma a lo dicho por los invitados que le han antecedido en el uso de la palabra, quienes, además, son integrantes del Congres y, especialmente, a lo planteado por el Presidente de la Fenpruss.

V.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.

En el debate, se expresó que el proyecto otorga facultades a la autoridad de salud para otorgar prioridad a determinadas patologías o enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios y epidemiológicos y, en conformidad al procedimiento que el proyecto señala, cuando esa autoridad estime que son las que más daño causan a la población y, por tanto, respecto de ellas se establezca el régimen de garantías. En relación con esta materia, se hizo presente que también es necesario conocer cuál va a ser la situación de las patologías o enfermedades que no están comprendidas dentro del régimen de garantías, como también cuál será el tiempo de espera razonable para acceder a la atención y qué tipo de cobertura financiera podrá esperar el tipo de dolencia.

En otro orden de ideas, se mencionó que, ante esta Comisión, el Ministro de Salud, ha manifestado que una de las causas de la deuda hospitalaria reside en que los costos de las prestaciones son inferiores a los reales. Por ello, es necesario conocer si está contemplada la actualización general del valor de las prestaciones o sólo comprenderá a las que estén incluidas en el régimen de garantías.

Otro factor de interés señalado en el seno de la Comisión fue conocer las razones por las cuales se ha fijado una prima igual para todas las personas, sin considerar los ingresos de cada una de ellas ni factores solidarios.

En relación con el Fondo de Compensación Solidaria, se estimó necesario saber qué derecho tendrán las personas que deseen emigrar

INFORME COMISION SALUD

desde Fonasa a una Isapre. aun cuando no tengan el ingreso suficiente para pagar su prima y la de todo su grupo familiar.

Se insistió en que sólo se conocen de manera genérica los contenidos de las patologías que están consideradas en el plan AUGE y que no se tiene mayor información respecto de la garantía de oportunidad considerando que algunas de ellas son muy complejas, como el cáncer de mamas, cuyos primeros síntomas pueden ser detectados a nivel primario y, obviamente, se requiere de diversos exámenes para su diagnóstico, los cuales actualmente no se realizan en los consultorios, sino en los establecimientos hospitalarios o de nivel secundario, con el consiguiente retraso para la mujer afectada.

Se planteó también, que es necesario aclarar el concepto de prima para las prestaciones del Auge, puesto que de su simple lectura pareciera que se está creando un seguro para estas prestaciones.

Por otra parte, en relación con la creación del Consejo Consultivo, se estimó que existen actualmente facultades para que el Ministro tenga todos los consejos asesores o consultivos que desee, por lo que un organismo como al que alude el proyecto debería tener un carácter operativo, que, entre sus funciones, estuviera la de mantener actualizado el programa AUGE, sin perjuicio de la facultad del Ministerio para acotarlo y evaluarlo de acuerdo con las normas técnicas del caso.

Sobre la proposición de crear la Superintendencia de Garantías en Salud, se señaló que las funciones de esta entidad no difieren mayormente de las que tiene la de Isapres, por lo que no se entiende la razón por la cual no se le anexan a esta última la función de fiscalizar, además, al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del régimen de garantías en salud.

En otra intervención se destacó que muchos de los beneficiarios del sistema de salud tienen la impresión de que el plan Auge es una especie de plan básico de prestaciones.

Se estimó necesario contar con mayores antecedentes en relación con las patologías o áreas que quedarán cubiertas en el plan Auge y, respecto de las que estén consideradas, si tienen algún tipo de limitación.

Asimismo, se insistió en que se debe considerar la implementación de los consultorios de atención primaria con los equipos para realizar exámenes de detección de ciertas enfermedades prioritarias de detección precoz, como lo es, por ejemplo, el cáncer de mamas.

En el debate se hizo referencia acerca de qué pasará con las corporaciones que administran la atención primaria de salud municipal y cómo participarán en la integración de redes con la atención secundaria.

Se insistió en que la Comisión sea informada sobre las modificaciones que se introducirán en el estatuto legal del Fonasa, particularmente en lo relacionado con el sistema de atención, puesto que en las normas legales que lo rigen se establece claramente que no existen prioridades ni diferencias en prestaciones puesto que todas se otorgan por igual.

INFORME COMISION SALUD

Se mencionó durante la discusión que del proyecto surgen las siguientes dudas: ¿Se está o no se está frente a una canasta básica de salud? ¿Se están implementando los multiseuros? ¿Existe portabilidad del subsidio? ¿En qué condiciones quedan las camas hospitalarias?; ¿Se permitirá la entrada del mundo privado al sistema hospitalario público? ¿Cuál será el rol de los prestadores? ¿Por qué se suprime la libre elección en el sistema público? y ¿Cuál será la política de medicamentos en la atención primaria y en la secundaria respecto de las enfermedades consideradas en el Auge?.

El doctor Osvaldo Artaza (Ministro de Salud) expresó ante la Comisión que este proyecto no sustituye ni modifica las leyes N° 18.469 y N° 18.933, sino que, tal como lo establece el artículo 1°, se crea un régimen que es parte de un sistema más global, que se suma a los establecidos en la leyes antes mencionadas. Es decir, las leyes números 18.469 y 18.933, más las acciones de salud pública que efectúe el Ministerio sumado el régimen de garantías, constituirá el sistema de acceso universal con garantías explícitas.

En el proyecto no se consideran las acciones de salud pública porque ellas están contempladas en la ley de Fonasa, en la que se otorgaron facultades al Subsecretario de Salud para solicitar las líneas presupuestarias anuales de acuerdo con las políticas de salud pública que él fije para todo el país.

Por otra parte, en lo relativo a qué pasará con las otras enfermedades o patologías no consideradas en el plan Auge, precisó que se seguirán atendiendo en la misma forma en que se ha hecho hasta ahora, puesto que los cuerpos legales correspondientes, ley N° 18.469 y N° 18.933, seguirán vigentes. Los problemas considerados en el régimen de garantías tendrán condiciones de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad que serán distintos de las del resto de las prestaciones.

Agregó que, periódicamente, existirá una discusión en la sociedad respecto de las prestaciones que estarán incluidas, pudiendo llegar el día en que el total de las prestaciones estén consideradas en el régimen. Cuando ello suceda, lo que pasará en la práctica es que, en ese momento, quedarán sin efecto las leyes números 18.469 y 18.933; pero ello será posible sólo en la medida en que la sociedad, en su conjunto, valore progresivamente la importancia de invertir en salud.

Respecto de la situación de las patologías no consideradas en AUGE, se continuarán proporcionando los recursos como se hace en la actualidad, para seguir realizando los esfuerzos paliativos con los fondos que se encuentren disponibles, los que, obviamente, nunca serán suficientes. Así es como el cáncer hepático recibirá un tratamiento paliativo, puesto que, una vez diagnosticado, tiene muy mal pronóstico. No sucede lo mismo con el cáncer de vesícula que es esencialmente recuperable con un buen tratamiento, por lo que éste será considerado en las patologías priorizadas. El financiamiento de las prestaciones que no estén en el régimen de garantías, será determinado en forma anual en la ley de Presupuestos de la Nación, tal como se hace ahora.

INFORME COMISION SALUD

Consideró que en la discusión de este proyecto se debe determinar la disponibilidad presupuestaria para invertir en salud, ya que, si existe mayor inversión, se podrá aplicar el régimen de garantías a más patologías, lo que podría llevar, incluso, a la sustitución de la ley N° 18.469.

Sobre la deuda hospitalaria y la actualización de costos, expresó que lo que será posible pagar a costo real será todo aquello que esté debidamente protocolizado. Aun cuando teóricamente podría abarcar a todas las prestaciones, en un primer momento sólo corresponderá a las prestaciones correspondientes al régimen de garantías, ya que ello determinará el arancel que se deberá pagar por determinada prestación la que regirá para el sector público y, en caso de que existan convenios, para el sector privado.

Por otra parte, acotó que el régimen de garantías, a pesar del esfuerzo que conlleva, no terminará con las restricciones de la atención de salud, por lo que, igualmente, se deberán aportar recursos para ser usados por los expertos, quienes, obviamente, tendrán que fijar prioridades y, por tanto, restringir y racionalizar la atención. Lo que pretende el proyecto en estudio es que, al menos para determinadas patologías, 56 problemas que conllevan 2.000 prestaciones relacionadas, que implican el 80 por ciento de la carga de enfermedades de la sociedad chilena actual, se fijen en forma técnica las prioridades para atenderlas en cierto plazo. Para el 20 por ciento restante, se considerarán en el presupuesto de la nación los recursos para usarlos sobre la base del buen criterio de los equipos clínicos de los Servicios de Salud de la mejor manera para dar atención a esas patologías.

En todo caso, se pretende cambiar la forma de financiamiento de los Servicios de Salud, pasando del presupuesto histórico que se aplica actualmente a un presupuesto real que dé cuenta de la población asignada y de los problemas de salud de esa población.

Sin embargo, aclaró que la deuda hospitalaria no se soluciona con el financiamiento de todo lo que los hospitales realizan a su costo, sino que debe considerarse que deben hacer aquello que sea más efectivo y a un menor costo. El costo-efectividad considera, por ejemplo, que los resfriados no pueden ser tratados en un servicio de urgencia. Es decir, el hospital debe preocuparse de determinadas enfermedades que tengan un nivel de complejidad mayor.

Sobre la prima universal, expresó que ella se estimó necesaria como un instrumento o mecanismo para evitar el "descreme". Por lo tanto, no está pensada para que produzca solidaridad por ingreso, aun cuando las produzca para los riesgos de salud. El Gobierno consideró que la solidaridad del ingreso no será por cotización, sino por aporte fiscal directo.

El derecho a escoger un seguro de salud no es modificado en estos momentos. Es decir, se mantiene la posibilidad de optar entre Fonasa y la Isapre, de manera que si la persona tiene los recursos para comprar un plan de salud de una Isapre lo puede hacer. El cambio que se está proponiendo radica en que se indexa el aporte del Estado a una variable objetivada que corresponde a las personas que están eximidas de cotizar para salud. Respecto de estas personas, el Estado se obliga a realizar un aporte

INFORME COMISION SALUD

fiscal al Fondo Nacional de Salud, que entra directamente al Fondo, no a la persona.

Este aporte sólo da cuenta de más o menos el 10 por ciento de la totalidad del riesgo, pero esta es la forma en que hoy el sistema de Isapres ejerce las diferencias para calcular sus planes, por lo que el efecto de discriminación o de diferenciación están en base a sexo y edad. Lo que el proyecto persigue es que cada sistema se haga responsable de su población beneficiaria independientemente del riesgo.

Señaló que la proposición del proyecto es la medicina familiar como una aspiración, aclarando que ello no es sinónimo de médico de familia o de especialistas en esa área, sino que ello implica un tratamiento más sistémico de la persona en un contexto más amplio que el individuo. Pero ello no representa un obstáculo para que existan especialistas en la atención primaria.

Destacó que, en el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión, una de las facultades que se otorga a los Servicios de Salud es la de disponer que los profesionales puedan cumplir su jornada de trabajo en los hospitales y en los consultorios en forma complementaria.

Asimismo, señaló que existe la posibilidad de que puedan existir mejores condiciones que las consideradas en el régimen de garantías ya que ello puede ser posible de acuerdo con los recursos que posea el Fonasa, y no debe coartarse a priori dicha posibilidad.

Sobre las dudas respecto a la calidad de seguro público que podría tener el Fondo Nacional de Salud, en razón de que se considera una prima, cree que esta materia es esencialmente debatible. Estimó que ello pasa por el hecho de dilucidar cómo se concibe una seguridad social de carácter público. Pero cree que existe claridad respecto del hecho de que el Fonasa no pierde las características que la ley le ha concedido con anterioridad porque el proyecto no introduce modificaciones en esas normas, sino que sólo les agrega el régimen de garantías.

Por tanto, el Fondo Nacional de Salud mantiene sus características de solidaridad. Lo único nuevo es que la prima se constituye como un referente para los efectos de la compensación de riesgo. Es decir, si una persona que, por sus dolencias o su riesgo, no puede permanecer en una Isapre e ingresa al Fonasa, éste debe ser retribuido. Para ello, debe existir un parámetro que permita estimar la compensación.

Sobre la proposición de crear una nueva Superintendencia que fiscalice el cumplimiento del régimen de garantías en el sistema público, hizo presente la disposición del Ejecutivo a debatir el tema y a optar por la medida más efectiva, sea la de mantener la proposición actual o de otorgar mayores atribuciones a la actual Superintendencia de Isapres para que también fiscalice al sector público. Destacó que lo que se pretende es que existan igualdades de normas por sobre la existencia de una o de dos entidades.

Respecto de si se está frente a un plan básico, expresó que ello sería cierto si se derogaren las leyes números 18.469 y 18.933, y se

INFORME COMISION SALUD

estableciere que desde el momento de vigencia de la ley sólo existirá el régimen de garantías. Preciso que la aplicación del plan AUGE requiere de una ley, porque no existe en estos momentos una norma que permita obligar a las Isapres otorgar el régimen de garantías a sus afiliados, como también para terminar con las diferencias de sexo y edad. Asimismo, se requiere de una ley para que las personas exijan del Estado la resolución de un determinado problema de salud en las condiciones ofrecidas por la autoridad sanitaria. Es decir la exigibilidad es materia de ley.

Por otra parte, considero que las restricciones de edad que se han dado para determinadas patologías se han hecho sólo sobre la base de criterios técnicos y, obviamente, considerando los recursos de que se dispone. Hizo presente la disposición para analizar las conveniencias de determinadas medidas, siempre que se analice, además, la forma de su financiamiento.

Preciso que los temas de redes y modelo de atención corresponden a la materia de que trata el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión, boletín N° 2980-11.

En otro orden de materias, señaló que la libre elección es un tema complejo, que puede ser materia de lata discusión y de debate y considera importante que se disponga del tiempo necesario para ello de la manera que lo disponga esta Comisión. En todo caso, preciso que se trata de un derecho valorado por la sociedad, especialmente por un determinado grupo de ella. Acotó que, si bien es un valor trascendente, también es necesario tener presente que debe tener un correlato financiero muy importante, dado que la modalidad de libre elección está sustentada en el mercado libre, con escasa regulación y con los inevitables mayores costos por prestación.

Es necesario buscar el necesario equilibrio entre regulación y contención de costos con más beneficios para las personas en contraposición a la libertad de elegir dónde y con quién atenderse. Los sistemas nacionales de salud han logrado eficacia y alto costo efectividad precisamente por el hecho de regular los sistemas de atención, al contrario de lo que sucede con los mercados que privilegian la libre elección.

La discusión debe resolver si la libre elección resulta un valor importante de mantener y cómo esos espacios de libertad tengan las regulaciones que no impliquen desmedro de una buena utilización de los recursos. Debate importante de realizar y el momento de hacerlo será cada tres años, cuando se fijen las condiciones de acceso.

Considero, finalmente, que la discusión se puede facilitar si existiera una protocolización de todas las prestaciones, no sólo al interior de los establecimientos de salud, sino de toda la práctica médica. Aclaró que no se está suprimiendo el sistema de libre elección en el sistema público, sino que sólo se establece que el régimen de garantías para el sector público debe funcionar en redes, ya que es la red la que se hace responsable. Cuando ella no pueda dar cumplimiento a la garantía, se debe celebrar un convenio con otra entidad para que la persona reciba la prestación garantizada mediante el pago de un arancel determinado. Si no existe este concepto, no es posible

INFORME COMISION SALUD

garantizar las prestaciones ni poner en funcionamiento el régimen de garantías.

En vuestra Comisión se realizó un breve intercambio de opiniones, luego del cual se acordó, por asentimiento unánime dejar sin efecto en la discusión de este proyecto de ley lo dispuesto en el artículo 211 del Reglamento y proceder, de inmediato, a la votación en general de la idea de legislar, dejando claramente establecido que el trámite de la audiencia pública fue reemplazado por los representantes de instituciones y gremios que fueron especialmente invitados para hacer presente sus observaciones ante la Comisión.

- Puesto en votación el proyecto, **por la unanimidad** de los señores Diputados presentes **fue aprobado** en general.

VI. Discusión particular.**Artículo 1°.**

El inciso primero establece que esta ley regulará el régimen de garantías en salud.

El inciso segundo señala que este régimen es parte del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, de acuerdo a la normativa vigente y a las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Se formulan las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Girardi y Palma, para sustituirlo, por el siguiente:

“Artículo 1°.- La presente ley establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante el Sistema, que incluye las acciones de Salud Pública y las demás prestaciones a las que tienen derecho los beneficiarios de las leyes 18.469 y 18.933.

El Sistema, será formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo al diagnóstico de salud del país y contendrá las prioridades sanitarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población”.

2. De los Diputados Aguiló, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Robles: al inciso primero, para suprimir, la frase final “en adelante, también el Régimen”, sustituyendo la coma (,) que le antecede, por un punto (.)

3. De los Diputado Accorsi, Aguiló, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Palma, Robles y Rossi, para sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

“El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.”

Sosteniendo la indicación signada con el número 1, se señaló que tiene por objeto establecer en forma clara que el Sistema será

INFORME COMISION SALUD

formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo con el diagnóstico de salud del país ya que se debe considerar el factor epidemiológico y poner énfasis en lo que la autoridad debe hacer y en lo que debe adecuar para resolver los problemas más relevantes de salud de la población.

En el debate se expresó que, en la indicación número 1, se cambia el concepto de régimen por sistema, por lo que es necesario conocer sus fundamentos y las implicancias que, desde el punto de vista semántico, ello conlleva. Asimismo, se hizo presente que, de aprobarse esta indicación, debería sustituirse el artículo 2º, por cuanto la materia a que alude quedaría comprendida en la indicación.

El señor Artaza (Ministro de Salud) aclaró que el proyecto propone crear un régimen que es parte de un sistema y no se está creando un sistema nuevo. Por ello, comparte la inquietud planteada respecto de la precisión en el uso de las palabras.

Hizo presente que la indicación que propone sustituir el inciso segundo precisa que el régimen es parte de un sistema y aclara que este nuevo régimen no implica un desmedro de las otras acciones que están contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Cree que es más preciso y contribuye a aclarar cómo se inserta este régimen de garantías dentro del sistema y cómo se derivan de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, etc., en lo que algunos llaman Plan Nacional de Salud.

Agregó que el fundamento de esta disposición y del régimen radica en que el país, a través de su autoridad sanitaria rectora, define un plan nacional que en el proyecto se traduce como objetivos, prioridades, necesidades, etc. y que se aplica mediante un sistema que representa la suma de los regímenes actualmente existentes, a los que se suma el que se crea por este proyecto más las acciones de salud pública.

Por tanto, estimó que se debería mantener el espíritu del proyecto, que es crear un nuevo régimen dentro de un contexto más amplio, lo cual no implica que se puedan precisar sus normas y objetivos, tal como se propone en las indicaciones signadas con los números 2 y 3.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) consideró que en este artículo 1º se establecen las materias, es decir, se crea el sistema de acceso universal con garantías explícitas, el cual, en su opinión, engloba al régimen de prestaciones de la ley N° 18.469, al conjunto de prestaciones de salud pública y al régimen de garantías explícitas.

Agregó que el artículo 25 del proyecto propone modificar el artículo 8º de la ley N° 18.469, y agrega una letra d) en que señala que las prestaciones comprendidas en el régimen de garantías en salud son parte de las prestaciones que tendrán derecho a recibir los beneficiarios de la ley. Acotó que la letra a) de dicha disposición se refiere a todo lo relacionado con el examen de medicina preventiva, la letra b) a todo lo curativo y la letra c) a la atención odontológica.

En definitiva, la letra d) se refiere al régimen; pero el sistema es el conjunto de todas las prestaciones de la ley N° 18.469. Por ello,

INFORME COMISION SALUD

señaló que la indicación aclara y precisa estos conceptos en mejor forma que el proyecto.

Por otra parte, contrariamente a lo anterior, se hizo presente que ni el proyecto ni las indicaciones proponen ni se refieren a que esta ley regulará el régimen de garantías en salud. Además, se señaló que los objetivos fundamentales son establecer el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de todo el sistema y se piensa que ello constituye un régimen y no sólo un sistema universal con garantías explícitas. Se opinó que este artículo es excluyente y reductivo del concepto amplio que tiene un régimen, ya que lo circunscribe solamente al aspecto de un sistema, y debería existir un sistema integral que tome los aspectos relativos al acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera.

Asimismo, se consideró que la indicación signada con el número 1 elimina un elemento importante, cual es el de establecer, como lo dice el artículo 2º, que esto se efectúe de acuerdo con las necesidades, pero también con los recursos de que disponga el país. Por lo anterior, se enfatizó en que existe una intencionalidad en la indicación de excluir el concepto de que el país realice las políticas de salud de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias que tenga. Se estimó, también, que lo que persigue la indicación es señalar que las garantías existan a todo evento, independientemente de la situación económica del país, lo cual puede constituir un precedente inconveniente para la sana administración de la hacienda pública.

En la discusión, se enfatizó que entre sistema y régimen existe una relación de género a especie. En todo caso se hizo presente que la respuesta está en la Constitución Política que, en el inciso quinto del número 9 del artículo 19, cuando se refiere al derecho a la protección de la salud, señala que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, fue **aprobada por mayoría de votos.**

El artículo con las indicaciones signadas con los números 2 y 3, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 2º.

Establece que el Régimen es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 2º.- El Sistema es un instrumento de planificación y contemplará un régimen de garantías en salud que es parte del

INFORME COMISION SALUD

sistema, el que se elaborará de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas, y con los recursos de que disponga el país.”

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria que será aprobado por ley. El proyecto de Régimen y los de sus modificaciones deberán ser elaborados por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y con los recursos de que disponga el país.”

3. De los Diputados Aguiló, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda y Olivares, para reemplazar, en éste y en todos los artículos, la palabra “Régimen” por la frase “Régimen de Garantías en Salud”.

4. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Girardi, Ojeda, Robles y Rossi, para sustituir la frase “con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país” por “con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y con los recursos de que disponga el país.”

Se manifestó que la indicación número 1 recoge la idea de sistema y que el régimen constituye un instrumento de planificación.

Respecto de la indicación signada con el número 2, se fundamentó que el Parlamento debe tener intervención en la definición de las patologías que estarán incluidas en el régimen de garantías en salud.

Asimismo, se estimó que por tratarse de una acción que afectará la actividad económica de determinadas empresas, al otorgar normas de acceso, de oportunidad, de calidad y de protección financiera esto debe hacerse por ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19, N° 21, de la Constitución. Además, se afirmó que esta es materia de ley y de iniciativa exclusiva de S. E. el Presidente de la República, en razón de que se trataría de normas de seguridad social.

Se manifestó que la única diferencia que existiría entre la indicación signada con el número 2 con el proyecto es que se establece como obligatorio que el régimen de garantías en salud y la definición de cada una de las patologías incluídas sean materia de ley.

Se insistió en que la aprobación del régimen de garantías en salud se hará por ley, pero ello no implica que todo quede incluido, ya que el tipo de prestaciones y la definición de cada una de ellas quedarán encomendadas al reglamento y se otorgarán facultades al Consejo para que resuelva otras materias.

Se destacó que los autores de la indicación no han tomado en consideración que lo que pretende el proyecto es crear un nuevo régimen que formará parte de otro cuerpo legal, que está vigente, el cual considera todas las patologías sin excluir a ninguna de ellas. En este proyecto, la única diferencia es que otorga la potestad a la autoridad sanitaria establecida en la

INFORME COMISION SALUD

ley vigente para que ciertas patologías, tengan determinadas garantías que hoy en día no están señaladas.

Se expresó, por otra parte, que se lamenta que no se haya entendido el objetivo de la indicación, ya que no se persigue que la inclusión de determinadas prestaciones en el régimen de garantías en salud requiera de una nueva ley, ya que ello obviamente sería entrabante y burocrático.

Se destacó que, si se aprueba esta indicación, posteriormente se presentarán otras que irán en la lógica de que el proyecto de régimen de garantías en salud será elaborado por el Ministerio de Salud con la asesoría del Consejo Consultivo y con la aprobación del Ministerio de Hacienda. Asimismo, se confía al reglamento el procedimiento de elaboración del proyecto de régimen y sus modificaciones.

En otra intervención, se expresó que la alusión a que el régimen de garantías en salud es materia de seguridad social no corresponde. Aun más, se estima que la puesta en práctica del este régimen no requiere de ley, ya que el Ministerio de Salud posee las facultades para otorgar estas garantías en materia de calidad, oportunidad y protección financiera.

El señor Artaza (Ministro de Salud) precisó que la indicación signada con el número 4 incorpora el concepto de plan y que en salud pública se organiza en consideración a los objetivos sanitarios y a los recursos de que disponen, siendo ésta la fórmula racional de planificación desde el punto de vista de la salud pública, lo cual tiene un carácter nacional y es lo que, en definitiva, alimenta el sistema y los regímenes que existan.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 4, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El artículo 2° con las indicaciones 3 y 4, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 3°.

Dispone que el Régimen establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para:

INFORME COMISION SALUD

a) Intercalar, entre la expresión "asociados a ella" y de "de carácter promocional", la siguiente frase: "con criterios de salud pública y considerando el diagnóstico de salud del país"

b) Sustituir las palabras "Fondo Nacional de Salud" por "Sistema Público de Salud".

2. De los Diputados Accorsi, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Palma y Robles, para agregar la siguiente frase final "considerando los derechos y deberes de las personas en salud".

El señor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación signada con el número 2, señaló que los criterios de salud pública y el diagnóstico de salud del país están establecidos en el artículo 2º, cuando se hace referencia al plan de salud. Además, precisó que la ley de derechos y deberes de las personas en salud regulará la relación entre usuarios y prestadores. Por lo tanto, es más específica y la normativa sobre el régimen de garantías en salud es más general.

En todo caso, hizo presente que comprende el objetivo que persigue la indicación, por lo que sugirió que se apruebe en los términos propuestos para, posteriormente, presentar una indicación que recoja su finalidad, con el fin de evitar una eventual contradicción entre esta ley y la de derechos y deberes y no tener después problemas de interpretación.

En la discusión, se concordó con la indicación, por cuanto en dicho cuerpo legal se denotará la importancia que tendrá la opinión y la actuación del paciente, al que le da instrumentos para reclamar, por ejemplo, de la calidad de la atención.

Se hizo ver que, contrariamente a lo expuesto, se debe mantener la redacción original del proyecto, ya que al hacerse referencia a los derechos y deberes de las personas en materia de salud lo único que puede producirse, como lo dijo el Ministro, son problemas de interpretación.

Cerrado el debate y sometida a votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometido a votación el artículo 3º, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

Artículo 4º.

El inciso primero establece que Régimen consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad.

El inciso segundo dispone que la oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

El inciso tercero señala que los estándares de calidad deberán tener en consideración la evidencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

INFORME COMISION SALUD

El inciso cuarto establece que, para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, al artículo 4º, para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.”

2. De los Diputados Accorsi, Bayo y Palma, al inciso tercero, para intercalar, entre las palabras “calidad” y “deberán”, el vocablo “técnica”, y sustituir la frase “la evidencia científica” por “los conocimientos y experiencias de nivel mundial”.

3. De los Diputados Aguiló, Cornejo, Girardi y Robles, al inciso tercero, para sustituir la frase “la evidencia científica” por “los conocimientos basados en la experiencia científica”.

4. Del Ejecutivo, para agregar el siguiente inciso quinto, nuevo:

“Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y de las Instituciones de Salud Previsional. Dichas garantías serán constitutivas de derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que esta disposición precisa las características del régimen de garantías en salud, ya que establece el derecho al acceso de prestaciones de salud que serán las que van a componer dicho régimen y señala que éstas tendrán particulares condiciones en relación con oportunidad, protección financiera y calidad, además de que esto no va significar perjuicios en el acceso a las demás prestaciones establecidas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Asimismo, en esta disposición se precisa en qué consisten la oportunidad y la calidad, por lo que se definen los criterios de oportunidad. Ello se hará conforme a parámetros clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir y establecidos sobre la base de qué se va definir la oportunidad.

Agregó que, al referirse a los estándares de calidad, también hay que precisar qué se entiende por calidad. Ello se hará en consideración al conocimiento acumulado, que en medicina se expresa a través del conocimiento científico.

El concepto de protección financiera está dado por la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Además, en este mismo artículo se agrega que las garantías que consagra el régimen deben ser las mismas para los beneficiarios

INFORME COMISION SALUD

de la ley N° 18.469 y los de la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional y que se deben constituir en derechos exigibles. Por tanto, en esta norma se especifica el significado del régimen y sus condiciones particulares, que lo hacen distinto de los demás regímenes, y que serán derechos exigibles para todos los beneficiarios del sistema de salud, sea el público o el privado.

En relación con las indicaciones, señaló que acoge el espíritu de la propuesta realizada por el Diputado señor Accorsi, que sugiere efectuar una agregación, en el inciso tercero, referido a la libertad de elección, respecto de la cual el Ejecutivo presentará una redacción alternativa que deje claramente señalado que este régimen no puede estar basado en la exclusión de los prestadores, en cuanto éstos cumplan con normas y protocolos de acreditación de la autoridad competente.

En el debate, se solicitó aclarar el concepto contenido en el inciso segundo del artículo 4º, especialmente en lo relacionado sobre quién tendrá la facultad de determinar la factibilidad para que se dé cumplimiento a determinados estándares de calidad.

Esta observación es importante, porque del espíritu de la ley se entiende que la oportunidad estaría determinada por la lista de las 56 patologías que inicialmente serán consideradas en el régimen de garantías en salud. Esta lista no dejará encomendada a la autoridad local o regional la factibilidad de darles cumplimiento.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) responde que será el Ministerio de Salud, con el apoyo del Consejo Consultivo, el que deberá definir, cada tres años, acerca de las prestaciones que se incorporan al régimen de garantías en salud y las condiciones de oportunidad, calidad y protección financiera que se darán a todos los habitantes del país, independientemente del hecho de que sean beneficiarios del sistema público o del privado. En definitiva, se establecerán parámetros que constituirán las guías en las cuales se basarán todos los prestadores y, por lo tanto, lo que se dirá es que lo hagan conforme a lo es la buena práctica y el buen sentido de la misma.

Finalmente, aclaró que el artículo 5º del proyecto define qué debe entenderse por oportunidad y señala cuál es el plazo máximo para el otorgamiento de la prestación, el que estará fijado por el régimen. Para hacerlo, el criterio está determinado por los parámetros y criterios clínicos.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 4, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 5º.

INFORME COMISION SALUD

Para los efectos de esta ley se definen los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Su inciso final dispone que estas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, al artículo 5°, inciso primero, letra b), para intercalar, entre la palabra "Estándar" y la conjunción "que", la palabra "técnico", y

2. Del Ejecutivo, para suprimir el inciso final.

En la discusión sobre la indicación número 1, se señaló por su autor que tiene por objeto dejar claramente establecido el significado de los conceptos estándar y técnico, a fin de garantizar que estos protocolos se encuentran establecidos dentro de determinados estándares que tienen relación con cierta capacidad técnica.

Asimismo, se propuso que las guías diagnósticas puedan ser elaboradas en conjunto con las sociedades científicas. En todo caso, expresó que desea que ellas no sean elaboradas sólo por el Ministerio de Salud, sino que exista participación de otras instancias técnicas en su confección.

Este criterio fue compartido, ya que se estimó que el artículo simplemente define los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, los que son bastante claros, por lo que su alusión al estándar técnico se considera pertinente; no así la indicación signada con la letra c), que se refiere a las guías diagnósticas, por no corresponder a esta disposición, sino a otra posterior.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Diputado señor Accorsi la estima pertinente, pero cree que ella no debe ser restringida sólo a la letra b), sino que debe corresponder a toda la confección del régimen de garantías en salud. Aclaró que el Ejecutivo está proponiendo una indicación similar al artículo 6°, que regula, precisamente, la elaboración del régimen.

Por otra parte, no estimó que la norma se perfecciona al hacer referencia a lo técnico, cuando el concepto estándar implica una convención o acuerdo respecto de determinada materia. Por lo tanto, lo que se está diciendo es que, en términos de calidad, se tiene que constituir un acuerdo que regirá las características de las prestaciones.

Cerrado el debate, puesta en votación la indicación signada con número 1, se contabilizan cuatro votos a favor, cuatro en contra y dos abstenciones. Repetida la votación, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 6°.

INFORME COMISION SALUD

El inciso primero establece que el Régimen será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo dispone que corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

El inciso tercero señala que un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico y económico; desarrollo de estudios; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon indicación al inciso tercero, para agregar, a continuación de la expresión "análisis técnico", precedida de una coma (,) la palabra "sanitario"; y agregar a continuación de la palabra "estudios" la siguiente frase: "tales como epidemiológicos nacionales y regionales que consideren, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y calidad percibida, entre otras materias;".

En la discusión se fundamentó la indicación en el sentido que ella tiene por objeto precisar el tipo de estudios que debiera establecer el reglamento, poniendo el acento en la variable regional, ya que ella es distinta de la variable epidemiológica nacional.

En otra intervención, se discrepó de la enumeración que se hace en la indicación cuando que alude a las listas de espera, ya que, en tal caso, también deberían considerarse otros factores, como las exclusiones, ya que se está hablando de un régimen de garantías explícitas para todos el sistema de salud del país.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que no debe perderse la perspectiva de que el Régimen de Garantías en Salud es de carácter nacional y, por tanto, debe dar cuenta de esa visión para que a su vez la autoridad sanitaria regional lo adapte a su realidad.

Puestos en votación los tres primeros incisos con la indicación, **fueron aprobados por mayoría de votos.**

Se presentaron, además, las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo para agregar los siguientes incisos finales:

"El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos,

INFORME COMISION SALUD

públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan”.

2.- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi, para agregar, a continuación del inciso tercero, los siguientes incisos cuarto y quinto, nuevos:

“El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad y pobreza. Los referidos cálculos podrán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declara inadmisibile la indicación signada con el número 2.

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

INFORME COMISION SALUD

Artículo 7°.

Establece que el Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen, que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Sin debate, puesto en votación el artículo 7°, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 8°, nuevo.

El Diputado Accorsi, presentó indicación para agregar el siguiente artículo 8°, nuevo:

"Artículo 8°.- Todas las demás acciones de salud, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que deba prestar el Sistema Nacional de Servicios de Salud y demás organismos, como los establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000, del Ministerio de Salud, u otros que hayan celebrado convenios con algún Servicio de Salud, se encuentren asimilados a los mismos o ejecuten por cualquier título acciones de las mencionadas por cualquiera de los organismos referidos, deberán ser financiadas por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo con sus costos reales, los que serán definidos anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

Del mismo modo, dicho Consejo deberá definir los criterios y parámetros técnicos, sanitarios, médicos y económicos relacionados con la calidad de tales acciones y que deberán observarse respecto de todas ellas."

El doctor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación, planteó cuestión de admisibilidad, por cuanto ella irroga gastos y se refiere a la administración financiera del Estado, materia de iniciativa exclusiva de S.E, el Presidente de la República.

Por otra parte, explicó que es materialmente imposible valorar cada una de las prestaciones a costo real y que lo que se está debatiendo es la creación de un régimen en el cual, por medio de protocolos, la evidencia, el conocimiento y la experiencia, se pueda ir definiendo que es lo conveniente para ciertos estándares de calidad y así poder valorarlo.

Asimismo, señaló que la experiencia internacional sobre la materia establece que los mecanismos de pago deben ser variados y que ellos deben traducir objetivos distintos. Un mecanismo de pago reconocido y usado en todo el mundo corresponde al pago por resultado o pago por diagnóstico solucionado lo que, de alguna manera, se acerca a lo que se está analizando en el régimen de garantías en salud. Además, existen otros mecanismos de pago en los cuales se hace una transferencia o un compartimento de riesgo entre la seguridad social y quien presta los servicios que corresponde al pago

INFORME COMISION SALUD

per cápita, por ejemplo. En éste se considera un gran número de acciones y un promedio de financiamiento de las mismas.

Consideró que dejar señalado en la ley la existencia de un solo mecanismo de pago establece una rigidez que puede resultar más negativa que beneficiosa.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles la indicación.

Artículo 8°.

Establece que existirá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión de dicho Régimen.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 8°.- Habrá un Consejo Nacional de Salud, en adelante el Consejo. Tendrá el carácter de organismo autónomo del Estado."

2. De los Diputados Cornejo y Robles, para reemplazar la expresión "la evaluación y revisión" por "el análisis, evaluación y revisión."

En el seno de la Comisión, se expresó como fundamento de la indicación signada con el número 2 que el Régimen de Garantías en Salud es un subconjunto del régimen total de prestaciones que se otorga a todos los beneficiarios del sistema y como subconjunto será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud con la asesoría del Consejo Consultivo. Al desarrollar este régimen, se deberá evaluar la carga de enfermedades y el porcentaje de las mismas que serán consideradas en el régimen.

Para que la participación del Consejo y su función de apoyo sea efectiva y emita una opinión fundada, debe tener la posibilidad de analizar, evaluar y revisar el proyecto de régimen.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles la indicación número 1.

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo 8°, **fue aprobado por la misma votación.**

Artículo 9°.

El inciso primero dispone que el Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo establece que los consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Ministro de Salud, por un período de seis años, prorrogables por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El inciso tercero señala que un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

INFORME COMISION SALUD

1. Los Diputados Accorsi, Bayo, Cornejo, Melero Ojeda, Olivares, Palma y Robles, formularon indicación para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.
3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación al artículo 9° sería inadmisibile, ya que el Consejo es un órgano que se crea dentro de la estructura del Ministerio de Salud y, por tanto, afecta a la organización del Ministerio.

Sin embargo, hace presente que, no obstante estimar que la indicación es inadmisibile, el Ejecutivo acoge la propuesta realizada por los Diputados.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) estimó que no existen problemas de inadmisibilidat, por cuanto este artículo sólo hace referencia a la composición del Consejo y no a su creación, que está contemplada en el artículo 8°.

En la discusión se reafirmó la posición adoptada por el Presidente de la Comisión, discrepando de la opinión del Ministro sobre la eventual inadmisibilidat de la indicación, por cuanto el artículo 62, número 2, de la Constitución se refiere a las funciones o atribuciones de los organismos del Estado y en la indicación sólo se está considerando la composición del Consejo.

Con relación a la indicación que han presentado diversos Diputados, se destacó que ella refleja el acuerdo casi unánime de los integrantes de la Comisión y pretende sólo señalar que, de los nueve integrantes del Consejo, seis de ellos deben representar necesariamente a alguna de las entidades que se señalan.

Además, se propone una limitación en el período de ejercicio del cargo, ya que se establece que serán nombrados por tres años y que su designación podría prorrogarse por otros tres.

INFORME COMISION SALUD

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 10.

El inciso primero señala que el Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario definido, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen propuesto.

El inciso segundo dispone que, para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los Consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos entregados por el Ministerio, el que los hará llegar con, a lo menos, sesenta días de anticipación a la fecha de su convocatoria.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles,

para:

a) Sustituir el inciso primero por el siguiente:

"Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo."

2. Del Ejecutivo, al inciso segundo, para eliminar la frase final siguiente, sustituyendo la coma (,) por un punto final (.): "el que los hará llegar con a lo menos, sesenta días de anticipación a la fecha de su convocatoria."

3. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, al inciso segundo, para agregar la siguiente frase final, precedida de una coma (,) "sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los entregados."

En la discusión respecto a la indicación signada con el número 1, se expresó que, tal como se aprobó con anterioridad, existirá un Plan Nacional de Salud que definirá los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y el marco presupuestario. Al referirse a la existencia de un plan, se está señalando que éste será el organizador del sistema de salud de nuestro país. Este Plan que será desarrollado por el Ministerio constituirá el fundamento del Régimen de Garantías en Salud, por lo que el Consejo debe emitir su opinión sobre la base de ese Plan.

Asimismo, se establece que el Ministerio deberá dar respuesta fundada al Consejo con respecto a las proposiciones que éste haya presentado y que, de todas maneras, si es que necesita más antecedentes que los que el Ministerio le ha proporcionado, se lo faculta para solicitar nuevos estudios, por lo cual se ha presentado una indicación al inciso segundo en este

INFORME COMISION SALUD

sentido.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) concordó, en términos generales, con la indicación y recordó que presentará una indicación al objeto de precisar que una de las funciones del Ministerio es fijar el Plan Nacional de Salud, con consulta a un órgano que se creará, que es el Consejo Consultivo del Plan.

En el debate se consideró que la indicación es coherente con la proposición anunciada por el Ministro en orden a que se creará un Consejo Consultivo Nacional para la elaboración del Plan Nacional de Salud, por lo que en ese ámbito quedarán radicadas las decisiones sobre políticas y planes. El Consejo del Plan es distinto al que se está creando en esta ley, ya que será un consejo representativo de los diferentes actores de la vida sanitaria nacional.

Se estimó también que la indicación presentada para sustituir el inciso primero podría ser más restrictiva que el texto del proyecto y que ella es acertada al decir que el Consejo debe emitir su opinión conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario lo cual engloba todo, más allá de las proposiciones del Plan, que constituirá la ejecución de los objetivos.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que el artículo 2° establece que el Régimen de Garantías en Salud constituirá un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud de acuerdo con el Plan Nacional de Salud que estará conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidad de las personas. En esta norma sólo se está repitiendo este mismo concepto y la indicación, por tanto, no restringe la función del Consejo, sino que es absolutamente concordante con dicha disposición.

Por otra parte, en relación con la indicación número 4, expresó que el Ejecutivo considera que el tema de los plazos constituye una materia reglamentaria.

Puesto en votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 11.

Establece que un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para dar cuenta pública de sus sesiones y de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación, y el plazo para evacuar el informe.

Se formuló la siguiente indicación.

Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de Consejeros necesarios para sesionar y

INFORME COMISION SALUD

adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; para dar cuenta pública de sus sesiones; de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe entregar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que esta indicación es coherente con las indicaciones aprobadas al artículo anterior.

Sin más debate, puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 12.

El inciso primero dispone que el Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

El inciso segundo establece que las modificaciones al Régimen deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, para agregar, a continuación del vocablo “apruebe”, la siguiente frase: “el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley”.

2. De los Diputados, Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, al inciso segundo, para intercalar, entre las palabras “Régimen” y “deberá”, la siguiente frase: “incorporará progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y”

3. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer, Melero y Palma, para agregar el siguiente inciso tercero, nuevo:

“Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación al Régimen aprobado por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente sus dudas respecto de la admisibilidad de la indicación signada con el número 2, por considerar que incide en materias de orden financiero.

Añadió que, en todo caso, esta disposición establece la obligación de revisar el Régimen cada tres años, por lo que lleva implícita la idea de revisar las patologías incluidas.

En el debate se discrepó sobre la posible inadmisibilidad de la indicación misma ya que sólo se está aludiendo a un principio del régimen.

Por otra parte, se destacó que el objetivo de la indicación es precisar que, una vez que una determinada patología tiene el carácter de

INFORME COMISION SALUD

prioritaria, ella debe permanecer en el tiempo y que, si no existen recursos para incorporar otras, se mantendrán las mismas por todo el tiempo que sea necesario. Se agregó que no están propiciando un aumento de recursos, sino que insistiendo en el hecho de que las patologías, desde el momento en que son garantizadas, no pueden dejar de serlo.

En el seno de la Comisión se manifestó, en relación con la indicación para agregar un inciso nuevo, que ella se explica por sí misma.

Se dejó constancia de que un sector de la Comisión era partidario de establecer el Régimen por ley, pero que la indicación respectiva fue rechazada en su oportunidad, optándose por que se fijará mediante decreto. Otra de las indicaciones señala que las modificaciones del Régimen no pueden disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. Por consiguiente, se estimó que el decreto se podrá cambiar las veces que las autoridades de salud estimen necesario, sacando e incorporando nuevas patologías.

Puestas en votación las indicaciones signadas con los números 1 y 2, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 13.

Establece que el Régimen deberá ser otorgado obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y a los de la ley N° 18.933, por el Fondo Nacional de Salud y por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula la presente ley, a sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y los privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud."

INFORME COMISION SALUD

2. Del Diputado Accorsi, al artículo 13, para sustituir el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: "como por otras instituciones que la ley señale o cree para estos efectos."

3. Del Diputado Aguiló, para suprimir el inciso tercero.

Sobre la indicación sustitutiva del Ejecutivo, se hizo presente en el debate que, en general, recoge adecuadamente las observaciones que se habían dado a conocer respecto de la norma contenida en el proyecto. Ello así está consignado en los incisos primero y segundo de la indicación sustitutiva.

Sin embargo, respecto del inciso tercero, se consideró que debe ser rechazado, formulándose indicación en tal sentido, ya que se estimó que no aporta a las definiciones ya establecidas en las disposiciones anteriores, sino que, por el contrario, complica en forma deliberada y genera confusión y desconfianza en los gremios de la salud, los que han visto confirmados sus temores en ese sentido.

En el citado inciso tercero, sólo aplicable a los beneficiarios de la ley N° 18.469, se hace referencia en dos ocasiones a la red asistencial del sector público, sin tener en consideración las normas aprobadas en primer trámite reglamentario por la H. Cámara sobre la organización del sector público y como se conforma la red de este sector. En este inciso, se lo define en forma distinta, ya que se deja en manos del Fondo Nacional de Salud la articulación y la definición de quiénes son efectivamente los miembros de la red.

Por ello, el inciso tercero debe ser rechazado, o bien se debe reemplazar su redacción, para señalar claramente que los beneficiarios de la ley N° 18.469 deben entender por red pública aquella definida en el decreto ley N° 2.763.

Por otra parte, fundamentando la indicación signada con el número 2, se expresó que ella se mantiene, ya que en el tema de la competitividad que se desea otorgar para tener acceso a este sistema solo se cuenta actualmente con dos instituciones, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional. Otras instituciones podrían ser las mutuales, pero al respecto no existe ninguna referencia. Por esta razón, de aprobarse dicha indicación, se abre la posibilidad para que otras entidades se puedan incorporar como prestadores al sistema.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación del Ejecutivo señalando que ella tiene por objeto aclarar una serie de temas que han estado presentes en el debate de este y otros proyectos. Así es como se precisa que el Régimen de Garantías en Salud es de carácter obligatorio tanto para los beneficiarios del Fonasa como para los de las Isapres, por lo que no existirá ninguna posibilidad de discriminar entre los distintos beneficiarios para otorgarles estos beneficios y los derechos sociales en salud.

Asimismo, hizo hincapié en el hecho de que, para el Estado, es indispensable y fundamental definir las condiciones en que las personas van a acceder a las prestaciones que darán forma al Régimen de

INFORME COMISION SALUD

Garantías en Salud, el cual no se puede otorgar en un marco en que no exista definición respecto de ciertas normas estándares tanto desde el punto de vista técnico como del administrativo. En esta disposición se pone fin al debate en términos de si es o no posible el escenario de libre elección dado que lo que el Estado requiere resguardar son las condiciones en las cuales este Régimen es posible otorgarlo con garantías de cobertura y de equidad, ya que lo que se desea salvaguardar, son las condiciones en las cuales se podrá acceder a este Régimen y el Estado otorgarlo. No tiene por objetivo restringir o que los usuarios pierdan derechos o beneficios, sino que lo que interesa es precisar en qué condiciones deben darse las garantías para que esta norma pueda ser factible y viable.

Acotó que desea ser muy claro en señalar que no es contrario a que existan distintas formas de organización, sino que sólo se están definiendo las condiciones que hagan posible que el Régimen sea otorgado. Ello es factible en un sistema regulado, el cual no es antagónico *per se* con la organización que cada uno decida darse. Recalcó que esta disposición no es perjudicial para ningún grupo profesional o sector, sino que sólo responde a la necesidad de otorgar efectivamente los beneficios y los derechos que establece esta ley a todos los beneficiarios, ya sean del Fonasa o de las Isapres.

Sobre la norma del inciso segundo señala que ella es de aplicación general, ya que se refiere a todos los usuarios del sistema de salud chileno, tanto público como privado.

Por otra parte, destacó que el inciso tercero es sólo aplicable a los beneficiarios del sistema público de salud, esto es, del Fonasa, ya que el acceso debe hacerse a través de la atención primaria de salud, de los servicios de urgencia. Regula, además, un tema que no está considerado en el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión que sólo contiene la definición de red asistencial de cada servicio de salud tal como se establece en el artículo 16 bis de ese proyecto.

Por tanto, se está regulando ahí solamente la red territorial; pero, en materia de Régimen de Garantías en Salud, existen temas que exceden al territorio de los servicios de salud y tienen relación con la interacción de las distintas redes asistenciales y con facultades que la ley otorga con una limitación del 10% para la celebración de convenios entre el Fonasa y prestadores privados. Además, está todo el sistema de libre elección, que deberá ser perfeccionado y adaptado, pero bajo ningún aspecto suprimido.

Respecto de si el inciso tercero afecta la libre elección, precisó que el objeto de la indicación no es afectar la libertad de elegir, sino regular el acceso, ya que la obligatoriedad no es posible concebirla y otorgar el Régimen sin que existan determinadas condiciones. Hizo presente que no será posible otorgar el Régimen de Garantías si no se contempla el marco regulatorio adecuado.

Asimismo, reiteró que esta norma no suprime la libertad de elección. Pero esa elección debe hacerse dentro de los prestadores que cumplan con las condiciones de protocolos, estándares y normas que la hagan viable.

INFORME COMISION SALUD

Agregó que el Régimen de Garantías está pensado para darlo con cobertura universal. En la medida en que existan costos desconocidos, sin protocolos ni normas, es imposible obligar a que se cumpla con un mandato, si no existen los medios para hacerlo. Por ello, debe ser la autoridad la que debe definir al prestador. Insistió en que el otorgamiento del Régimen y la regulación son indisolubles, sobre todo en lo que dice relación con la acreditación de los prestadores, protocolos con costo conocidos, calidad de la prestación, etcétera.

En el debate, se solicitó dejar expresa constancia en que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deben dar cumplimiento obligatorio a las garantías, en la parte que les compete, ya que ellos no son los responsables de dar las garantías porque en ese concepto es muy importante dejar claramente señalado que el responsable de otorgar las Garantías, en este caso, es el sistema público o el privado, con sus respectivas y correspondientes instituciones que actúen e interactúen en el sistema.

Por lo tanto, se consideró importante que quede claramente establecido que la intención del legislador es que el Fonasa y las Isapres deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen, en relación con sus propias funciones, que están claras en las respectivas leyes por las que se rigen. Se insistió en que la responsabilidad no recae sobre estas entidades, sino en el sistema de salud en su conjunto, por lo que el Ministerio de Salud, el Fonasa y todas las instituciones afines que están relacionadas son las que deben otorgar, en lo que les corresponde, las prestaciones del Régimen.

Por otra parte, con relación a la norma del inciso segundo, se estimó importante dejar establecido, sin lugar a dudas, que los prestadores deben estar acreditados, ya sean personas jurídicas o naturales, así como la forma en que deben hacerlo. Con ello, se está otorgando a la autoridad sanitaria la posibilidad real de que se cumplan determinados criterios de acreditación por parte de los prestadores para que puedan otorgar el Régimen de Garantías.

En ese sentido, se consideró factible que, al establecerse la opción de acreditar, se esté posibilitando la acreditación de especialidades, capacidades o experticias especiales para otorgar determinadas prestaciones en el plan de garantías, con lo cual se podrá homogeneizar y estandarizar el criterio desde el punto de los prestadores. Ello implicará una revisión de la forma en que actúan los prestadores.

Por otra parte, cuando se habla del cumplimiento de las normas, se está estableciendo un imperativo respecto de ellas, definido por el Ministerio el que se debe cumplir en términos de calidad y de acceso. En todo caso, todo lo relacionado con los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas, que constituyen elementos dinámicos en el corto plazo, no debe quedar en la ley, sino en el ámbito reglamentario.

Sobre el inciso tercero, se expresó que el sistema de salud chileno actúa de la forma que precisamente se establece en este inciso, ya que, en el sector público, para acceder a una determinada prestación, se debe

INFORME COMISION SALUD

hacer por la atención primaria o por la de urgencia; pero también se ingresa por interconsulta de un especialista. Al respecto, se desea saber si se mantendrá ésta última manera de ingreso.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) respondió que los derechos que se otorgan al ciudadano tienen una contraparte, que es la posibilidad de reclamar si no recibe la prestación en la forma que está garantizada, así como el que está obligado a dar la prestación tiene que poseer la capacidad para otorgarla, y para ello debe existir una acreditación.

Reconoció que las normas sobre guías técnicas y administrativas, así como los protocolos, son dinámicas; pero no lo es la obligación de que deban existir. Acotó que lo que está señalando la norma es que deben existir este tipo de guías y protocolos, porque, si no los hay, es imposible que se cumpla con el Régimen de Garantía de costo-efectivo, razonable y de acuerdo con los recursos de que el país dispone.

En el seno de la Comisión se insistió en que, respecto del inciso tercero, existen dos problemas que son entre sí contradictorios. El primero es el de la libre elección para acceder a las garantías y el segundo es cómo se le otorga mediante este inciso esta facultad –contraviniendo todo lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979- al Fondo Nacional de Salud para que articule una red distinta de la red territorial de todos los servicios de salud del país. Porque aquí se está creando una red nada más que para conceder las garantías en salud, la que podría estar compuesta incluso por particulares y por instituciones públicas, lo cual constituye claramente la privatización de la salud pública.

Respecto del primer punto, se recalcó que la cuestión es qué pasa cuando un usuario compra un bono y solicita atención con un médico que tiene convenio con el Fonasa. Si requiere atención quirúrgica, ¿tendrá o no derecho por medio de ese camino a las mismas garantías.

Se insistió en que la cobertura financiera debe darse en el marco de la modalidad institucional, en razón de los recursos. En este caso, para que exista modalidad institucional, no debería considerarse la cobertura financiera; pero, como el Régimen de Garantías considera la cobertura financiera, ella debe darse en el sistema público, sin que exista posibilidad de que participen prestadores privados con los cuales el Fonasa celebre convenios.

Se estimó que no existe concordancia con lo dicho en relación con que el Fondo Nacional de Salud, por ser el pagador, es la institución que otorga las garantías ya que para eso existe una red pública de salud. Considerar que es el Fonasa el que otorga las garantías es, derechamente, convertirlo en un seguro público de salud, igual que las Isapres. Se insistió en que el que tiene que dar las garantías es el sector público, ya que ahí está la red estatal por lo que debe existir un mecanismo eficiente, claro y categórico para otorgar estas garantías. Otra cosa es propiciar privatizaciones encubiertas las que se rechazan en forma tajante.

En otra intervención se consideró que con esta indicación se está consagrando derechamente el sistema de *HMO*, uno público y otro

INFORME COMISION SALUD

privado. En todo caso, se hizo presente que esta materia no debe quedar en la ley, sino que debe ser objeto de reglamento. Es ahí donde se deben establecer claramente las bases para que se regule el Régimen de Garantías definido por la autoridad y se establezcan los prestadores y la forma de acreditarlos.

Se destacó que este sistema no sólo conlleva un control de costos, sino que también produce efectos en la libertad de elección de los usuarios. Los beneficiarios del Fonasa actualmente pueden elegir por atenderse en el sistema de libre elección o en la modalidad institucional e incluso en esta última deben pagar un determinado porcentaje de la prestación a pesar de que son cotizantes del Fondo y sus cotizaciones financian el 46 por ciento del presupuesto de salud.

En definitiva, se consideró que el inciso tercero atenta contra la libertad de las personas y es contrario al derecho adquirido.

En el debate se manifestó también que este proyecto sólo regula el Régimen de Garantías en Salud y no modifica el sistema de salud chileno, por lo que es necesario destacar que se está restringiendo la libre elección sólo respecto del otorgamiento del Régimen de Garantías. Se acotó que, al establecerse garantías de oportunidad, calidad y de protección financiera, obviamente se deben considerar determinadas condiciones para acceder a ellas. El que no quiera usar esas condiciones, no entra al Régimen. Tiene la libertad de hacerlo; pero, si quiere usar de la libertad, no puede pretender hacerlo a costa de los demás, sino que a su propia costa.

Por otra parte, se señaló que no se puede estar en contra de la salud administrada por razones ideológicas ya que puede ser la solución a los problemas de gestión de la salud pública que, según todos los estudios, tiene precisamente problemas de administración de los recursos y de costos.

Cerrado el debate, previamente a la votación, se acordó proceder a la votación de los incisos primero y segundo en forma separada del tercero.

Puesta en votación la indicación sustitutiva, salvo el inciso tercero, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometido a votación el inciso tercero, **fue aprobado por la misma votación**, rechazándose, por tanto, la indicación para suprimirlo.

Se hizo presente la existencia otras indicaciones a este mismo artículo, las que fueron presentadas para modificar la indicación del Ejecutivo. Sobre las mismas, se hizo presente la improcedencia y, conforme a ello, la indicación número 2 fue **desechada.**

Artículo 14, nuevo.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo,

"Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del

INFORME COMISION SALUD

Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.” ;

2. De los Diputados Accorsi, Ojeda, Olivares y Robles, para intercalar el siguiente artículo 14, nuevo:

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional, para asegurar que éste financie el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a dicho Fondo que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud o cuyas cotizaciones no cubran, para sí o sus cargas, las necesidades del Régimen de Garantías en Salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.”

El representante del Ejecutivo hizo hincapié en que la forma de otorgar el aporte fiscal no afecta el derecho de los indigentes ni de ningún beneficiario, ni de los cotizantes de bajos ingresos que estén afiliados al Fonasa, ni menos afecta los derechos exigibles por parte de los beneficiarios de las Isapres, ni afecta al monto del financiamiento que la ley de Presupuestos conceda cada año al Fonasa para que pueda dar cumplimiento a estas obligaciones, ni tiene relación con la operación del Fondo de Compensación Solidario.

Agregó que la regla del aporte fiscal lo que hace es dar una señal de empoderamiento donde el indigente, por no cotizar en el Fonasa, tiene los mismos derechos que los cotizantes. Eso se trata de reforzar con esta regla de aporte fiscal asociado al indigente. Pero es algo simbólico, porque la ley establece que las garantías del Régimen son exigibles por todos los beneficiarios del Fonasa, sean indigentes o cotizantes. Con aporte fiscal o sin él, los beneficiarios tienen el derecho a exigir el otorgamiento de las garantías.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación en el sentido de que es necesario establecer normas respecto de la situación de los afiliados al Fonasa que son indigentes, ya que, para los que cotizan, sus fondos son administrados por el Fonasa de manera colectiva y

INFORME COMISION SALUD

solidaria, por lo que comparten los riesgos. Con esa cotización se financia todo requerimiento de atención de salud tanto para el titular como para sus cargas dentro del Régimen de Garantías.

Ello no sucede cuando se trata de afiliados indigentes por lo que se ha estimado necesario dejar establecido en la ley que el Estado asume la obligación respecto de estas personas, a fin de que tengan la posibilidad de recibir el régimen sin ningún distingo respecto de los que efectivamente cotizan. Considera que esta norma es clave para evitar que existan ciudadanos de primera y de segunda clase.

Destacó que la filosofía rectora del proyecto es igualar a los ciudadanos en un derecho esencial, que es consustancial a la dignidad de las personas, por lo que se establece un estándar de equidad único para todos, sin ninguna diferencia.

Agregó que, de no aprobarse esta norma, se tendrían personas con o acceso o sin él a los beneficios del Régimen, y eso no es compatible con los valores que inspiran la reforma.

En el debate habido se consideró que, cuando se establece por ley que solo el Estado realizará el aporte fiscal a las personas que estén en indigencia o que carezcan de recursos y que estén legalmente eximidas de cotizar, se está introduciendo un elemento muy complejo desde el punto de vista del financiamiento del Régimen, para una cantidad muy importante de personas que, teniendo recursos y cotizando legalmente para salud, no cuentan con capacidad económica suficiente para hacer el aporte equivalente al valor de la prima universal.

Así es como, en el caso de una persona que, por ejemplo, gana \$150.000, mensuales y cotiza el 7% para salud, el monto de la cotización será de 10.500 pesos mensuales y anualmente sumará \$121.500. Si esa persona es casada y tiene tres cargas legales, con la cantidad cotizada no le alcanzará a cubrir la prima universal para su grupo familiar y tendrá que pagar una cantidad adicional a su cotización legal para poder acceder al Régimen de Garantías.

Se enfatizó en esto resulta discriminatorio con relación al sistema actual, ya que ello podría implicar que una persona se quedará sin ningún recurso para aquellas patologías que no son AUGE por falta de financiamiento. Por lo anterior, es importante aclarar esta situación, ya que si el Estado sólo realizará un aporte cuando la persona sea indigente o carezca de recursos, quedará sin protección de salud quien no tenga recursos o no tenga capacidad de pago, en circunstancias que hoy ese ciudadano recibe una atención del Estado por la cual tiene que efectuar un copago del 10% del valor de la prestación y recibe todas las prestaciones, con un costo total inferior al que tendría que pagar si se aprueba esta ley y, en especial, esta disposición en los términos propuestos.

Asimismo, se aclaró que esta norma no se refiere al total del aporte fiscal, sino que sólo al correspondiente a las personas indigentes o que carezcan de recursos y que no estén obligadas a cotizar, ya que no puede

INFORME COMISION SALUD

existir ninguna persona que, por no tener recursos, no tenga garantizado su Régimen, igual que cualquier ciudadano.

Por otra parte, se expresó que ninguna disposición de esta ley establece que se deba pagar o cotizar más del 7%, y la prima sólo constituye un referente para ajustar riesgos; no es otra cosa. Por lo tanto, las personas que están en el Fonasa y que cotizan el porcentaje legal no van a tener obstáculos para recibir el Régimen, aun cuando el monto de su cotización sea insuficiente.

En el seno de la Comisión se insistió en que la respuesta del Ministro a las inquietudes planteadas en el debate no son satisfactorias, especialmente porque no se ha dicho de dónde saldrán los recursos para financiar el déficit. En el caso de que la respuesta sea que el financiamiento se hará con recursos de las cotizaciones de los afiliados al Fonasa y que en eso se basa la solidaridad, ella es muy precaria para financiar un proyecto de esta naturaleza, como sería que los que efectivamente ganan más y que estén en los quintiles de más altos ingresos sean los que efectivamente puedan solidarizar con los que tienen menos recursos.

El representante del Ministerio de Hacienda señaló, respecto a la consulta sobre la situación de las familias cuya cotización no alcance para cubrir la prima universal de todo el grupo familiar y que, de no pagar la diferencia, no tendrían acceso al Régimen de Garantías ni al resto de las prestaciones de salud que garantiza el sistema de salud pública, que se debe tener presente que la prima universal constituye sólo una compensación que va a existir para cubrir las diferencias de costo esperado entre Fonasa y las Isapres a través del Fondo Solidario y no tiene relación con el derecho a recibir las prestaciones del Régimen de Garantías ni las otras prestaciones contempladas en la ley N° 18.469.

En esta ley, todas las personas tienen garantizado el acceso al Plan Auge, que corresponde a un determinado nivel de garantías para 56 patologías en forma independiente de la cotización. El gran cambio que se contempla en términos de equidad es que se establece un nivel estandarizado de protección para todos, independientemente de la cotización. Es aquí donde se nota claramente la diferencia entre la prima universal y la obligación del cotizante. Así es como la familia está obligada a cotizar el 7% de su ingreso y, en el caso de los indigentes, para el Auge el Estado hará un aporte directo, que será equivalente a la prima universal y al resto del aporte fiscal para este mismo grupo. Respecto de las otras prestaciones, lo seguirá haciendo el Estado, pero no a través de este Fondo Solidario, sino que mediante otros mecanismos.

Destacó que existe un nivel de equidad garantizado para todos, independientemente de la cotización, y que la solidaridad va a llevar necesariamente a que exista una redistribución de las cotizaciones al interior del Fonasa, situación que ocurre actualmente en dicho Fondo. Pero ahí se está olvidando el hecho de que más del 50% del presupuesto de salud es financiado por aporte fiscal proveniente de ingresos generales de la nación y no por cotizaciones, donde obviamente existe un componente de redistribución.

INFORME COMISION SALUD

En el debate se expresó que se entiende que, por medio de este artículo, el Estado asegura al indigente el aporte para cubrir el valor de la prima universal; pero los representantes del Ejecutivo no aclaran por qué no se establece también para aquellos cotizantes que no alcancen a cubrir el valor de la prima universal. Hay que decir claramente que el aporte del Estado será para todos los que carezcan de recursos incluso para aquellos que contando con medios económicos, éstos no les alcancen para cubrir el valor de la prima universal.

Se puso énfasis en que los jubilados están obligados a cotizar para salud y su aporte representa una suma cercana a los 105 mil millones de pesos al año por concepto del 7% para salud. Obviamente, estas personas no están en condiciones de hacer el aporte. Por ello, se consultó en qué situación quedarán estos beneficiarios.

Además, se precisó que existen dos obligaciones distintas. Una es la que dice que el Fonasa debe garantizar a todos sus beneficiarios el Régimen de Garantías en Salud, independientemente del monto de su cotización y de si ésta le alcanza o no para cubrir la prima universal. La segunda obligación dice relación con el monto que debe aportar el Fonasa al Fondo Solidario por el número de beneficiarios que tenga. Este aporte provendrá de los recursos que obtenga de las cotizaciones y del aporte fiscal, que no es sólo aquel que será entregado por los indigentes, sino que también existe un adicional, que es el actual. Eso lo seguirá percibiendo, por cuanto responde a una obligación del Estado.

Se hizo presente, además, que esta disposición no tiene ninguna relación con el Fondo de Compensación, que es enteramente distinto ya que lo único que dicho Fondo hace es compensar, a lo menos, el riesgo de determinadas personas, como las mujeres en edad fértil y los adultos mayores, en razón de que tienen asociados riesgos más altos, de forma tal que los de menor riesgo los compensen sin que las mujeres y los ancianos paguen más que el resto.

Se añadió que otra situación distinta es que el Ejecutivo insista en señalar que cuenta con más recursos fiscales para cubrir no sólo a los indigentes, sino también a aquellas personas que tienen bajos ingresos. Por eso, es necesario aclarar en esta ley que, si ello es así, por qué no se lo deja claramente establecido y por qué se insiste en señalar que sólo es para cubrir el gasto de la persona indigente.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que esta materia, explicada ampliamente el representante del Ministerio de Hacienda, indica los objetivos de la indicación del Ejecutivo.

Por otra parte, planteó la inadmisibilidad de la indicación signada con el número 2, de los parlamentarios, con objetivos similares a la propuesta por el Ejecutivo, pero que amplía su ámbito de aplicación, por cuanto establece que se otorgará el financiamiento para aquellos a quienes la cotización no alcance a cubrir el costo del plan Auge, lo cual constituye una materia de iniciativa del Ejecutivo.

INFORME COMISION SALUD

En el debate, se hizo presente que la indicación sólo tiene por objeto aclarar y no modificar el tenor y alcance de la norma propuesta por el Ejecutivo, ya que establece que los recursos que aportará el Estado al Fondo Nacional de Salud serán los suficientes para cubrir las necesidades del Régimen de Garantías en Salud de aquellas personas carentes de recursos y exentas de cotizar o de aquellas personas a quienes, teniendo recursos, estos no les alcanzan para cubrir el costo del Auge, ya sea para ellas o para sus cargas.

Es decir, lo que va a aportar el Presupuesto nacional es para todas las personas que necesiten un financiamiento adicional para costear el mínimo del valor del Auge respecto de ellas. Esto constituye una mera precisión y, desde ese punto de vista, no puede ser inadmisibles. Se insistió en que, si se hace esa precisión, lo que el Gobierno quiere decir con su indicación anterior es que en verdad la norma tiene un alcance limitado

La indicación de los Diputado es más clara. Es decir, todas las personas que no tienen ingresos suficientes o carecen de ellos van a recibir un aporte vía Fonasa desde el Presupuesto nacional.

Se agregó que, si esa no es la intención del Ejecutivo y, por lo tanto, no constituye una mera aclaración o reafirmación de un derecho, sería bueno que el Ejecutivo lo dijera ya que así se entendería que la indicación presentada por los parlamentarios sería inadmisibles.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) aclaró que se ya se encuentra aprobada una disposición que señala que el Fondo Nacional de Salud está obligado a otorgar atención a todos sus beneficiarios, sin ningún tipo de distinción, a todos por igual, incluidos los que no cotizan. Por lo tanto, esta disposición nueva sólo tiene un valor en cuanto reafirma los derechos de los indigentes, que hoy tienen la percepción de que ellos carecen de protección social en salud. En definitiva, lo único que se pretende es señalar que los indigentes igualmente tendrán derecho al Régimen de Garantías en Salud, ya que el Estado realizará los aportes correspondientes por ellos.

Cerrado el debate, el señor Cornejo, don Patricio (Presidente) declaró inadmisibles la indicación número 2.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Artículo 14, nuevo.

La Diputada Cristi y los Diputados Bayo, Forni, Masferrer, Melero y Palma, formularon indicación para incorporar el siguiente artículo 14, nuevo,

"Artículo 14.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen de Garantías en Salud, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa

INFORME COMISION SALUD

indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se dejará constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer, conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”

La Diputada Cristi fundamentó la indicación en el sentido de que es necesario asegurar el cumplimiento de las garantías, ya que ellas no sólo deben estar expresadas en la ley, sino que también deben existir los medios para exigir su cumplimiento. Ello se concreta en el compromiso del Estado de que la persona efectivamente reciba la prestación. Se propone que se emita un documento en el cual se establezcan claramente cuál es la prestación y los costos de la atención, así como, en el evento de que no reciba la prestación, se den a conocer las causas de la negativa.

En definitiva, la indicación viene a reforzar el cumplimiento de las garantías y lo que puede hacer la persona cuando no reciba la prestación garantizada.

El Diputado señor Melero, coautor de la iniciativa, manifestó que el inciso final, es inadmisibles, por lo que lo retira.

Asimismo, expresó que la indicación tiene por fundamento evitar que el Estado se vea enfrentado a una gran cantidad de demandas judiciales por eventual incumplimiento de las garantías y, por otra parte, se desea relevar la obligación del Estado respecto del cumplimiento de las mismas en forma expedita y sin mayores dilaciones, ya que eso constituye la esencia del Auge, Acceso Universal de Garantías Explícitas.

Lo que se propone es un mecanismo mediante el cual, a todo evento, la persona, vencido el plazo en el que se le dijo que iba a ser atendida, tenga la oportunidad de recibir la prestación, ya sea en el sector

INFORME COMISION SALUD

público o en el privado en aquellos establecimientos que tengan convenio con el Fonasa.

El señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles las indicaciones.

Artículo 14.

El inciso primero establece que el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 otras prestaciones o beneficios complementarios que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera, que los contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso segundo señala que también las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a sus beneficiarios planes complementarios al Régimen de Garantías en Salud vigente, de conformidad a lo dispuesto en la letra a) del artículo 33 de la ley N° 18.933, y que los planes deberán especificar los beneficios complementarios ofrecidos y el precio adicional de éstos en caso de que corresponda.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para suprimirlo.
2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Letelier, don Felipe, y

Robles:

a) Al inciso primero, para sustituir la palabra "otorgar" por "financiar" y para agregar, al final y antes del punto (.), la siguiente frase: "sin perjuicio de las que debe financiar de acuerdo con la ley N° 18.469"

b) Al inciso segundo, para intercalar, a continuación de las palabras "Salud vigente" y antes de la coma (,), la frase "y las otras prestaciones a que tienen derecho".

3. Del Diputado Accorsi, al artículo 14, para agregar los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

"Los beneficios complementarios que otorguen el Fondo Nacional de Salud y los planes complementarios que ofrezcan las Instituciones de Salud Previsional, deberán comprender el otorgamiento de las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la ley 18.469."

"Asimismo, los beneficios complementarios que otorguen el Fondo Nacional de Salud y los planes complementarios que ofrezcan las Instituciones de Salud Previsional, deberán estar diferenciados en prestadores y en prestaciones de salud de la misma naturaleza."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la supresión del artículo en razón de que esta disposición introduce un factor de complejidad en el sistema, por cuanto lo que se está haciendo es legislar sobre el Régimen de Garantías en Salud y no sobre los otros regímenes consagrados en otras leyes, por lo que su supresión constituye un elemento de perfeccionamiento de la iniciativa.

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

INFORME COMISION SALUD

Las indicaciones signadas con los números 2 y 3 **fueron desechadas.**

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, formularon indicación para sustituir el Título II por el siguiente:

“TÍTULO II
DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SALUD
Párrafo 1°

De la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud

“Artículo 15.- Créase la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, en adelante “la Defensoría”, organismo fundamentalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Justicia.

Corresponderá a la Defensoría cautelar los derechos de las personas en salud, establecidos en las leyes relacionadas con el ámbito de la salud, especialmente la ley N° 18.469, la ley N° 18.933, la presente norma y leyes que se dicten y que digan relación con la salud de las personas.”

“Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Defensor de Derechos en Salud, será el Jefe Superior del organismo, y tendrá la representación judicial y extrajudicial del mismo.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Defensoría, entre otras:

1. Recibir los reclamos que interpongan las personas que se estimen amenazadas, perturbadas o privadas del legítimo ejercicio de algún derecho consagrado en las leyes citadas en el artículo 15 precedente.

2. Conocer, tramitar y resolver las reclamaciones mencionadas en el numeral anterior, conforme al procedimiento contemplado en el Estatuto Orgánico de la Defensoría.

3. Especialmente deberá conocer, tramitar y resolver las reclamaciones de las personas concernientes al acceso, a la oportunidad, a la calidad y a la garantía de financiamiento de las prestaciones en salud; así como al trato y a la información recibida con ocasión de una atención en salud.

4. Mantener un registro actualizado de todas las normas legales que contemplen los derechos de las personas en salud, así como un registro jurisprudencial de carácter judicial y administrativo, que se refiere a pronunciamientos que incidan o digan relación con los derechos de las personas en salud.

5. Difundir periódicamente información pública en relación con los derechos en salud, así como la doctrina creada en las resoluciones de las reclamaciones de dicho organismo.

6. Informar periódicamente a los organismos de salud públicos y privados, así como a las asociaciones gremiales de personas relacionadas con salud, de las normas y doctrina relativas a los derechos de las personas en salud.

INFORME COMISION SALUD

7. Requerir, de oficio, los antecedentes que estime necesarios, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de la sujeción a la ley N° 19.628, a cualquier entidad y persona que preste atenciones en salud, las financie o actúe como prestador, indiferentemente de su calidad o condición jurídica.

8. Dictar resoluciones de cumplimiento obligatorio en relación con los reclamos conocidos, tramitados y resueltos por este organismo, cualquiera que sea la autoridad pública, órgano, persona natural o empresa afectada.

9. Toda otra que señalen las leyes.

Las resoluciones de la Defensoría en el ámbito de los reclamos tendrán por objeto hacer cumplir los derechos de las personas en salud en forma obligatoria."

"Artículo 18. Toda persona beneficiaria de las leyes N° 18.469, N° 18.933, de esta ley y de cualquiera otra que se dicte que cree derechos para las personas en salud, o que modifique, o que complemente los existentes, podrá recurrir ante la Defensoría frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de las diferentes instituciones o personas que actúan en salud, sean seguros privados, Fondo Nacional de Salud, prestadores públicos o privados u otros relacionados, con el objeto de que tal institución proceda, en un trámite breve y sumario, a investigar los antecedentes y resolver tal reclamo, haciendo cumplir obligatoriamente lo resuelto y, en su caso, restablecer los derechos del reclamante."

"Artículo 19. Tanto la organización de la Defensoría como su planta de personal, el régimen remuneracional de sus directivos y subalternos así como sus atribuciones, facultades, funciones y obligaciones serán reguladas y precisadas en su Estatuto Orgánico."

"Artículo 20.- En ningún caso, la interposición de un reclamo ante la Defensoría limita el o los derechos de los beneficiarios de salud a ejercer las acciones judiciales, de cualquier naturaleza, o administrativas que les reconoce el ordenamiento jurídico."

- Para eliminar los artículos 21, 22 y 23.

- Al epígrafe del Párrafo 2°, para intercalar, entre la expresión "de la ley" y el guarismo "18.933, el guarismo y conjunción "18.469 y".

- Para intercalar el siguiente artículo 21, nuevo:

"Artículo 21.- Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se financie a los beneficiarios de la ley N° 18.469."

- Para sustituir el artículo 1° transitorio por el siguiente :

"Artículo 1°.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, para dictar y regular, mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministro de Justicia, el que también deberá ser suscrito por el Ministro de Hacienda, el

INFORME COMISION SALUD

Estatuto Orgánico de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1. Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3. Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Régimen de administración aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán considerar, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose en todo caso a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7. Mecanismos de adquisición y administración de bienes y servicios.

8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9. Regular el procedimiento de reclamos, la tramitación y resolución de éstos, así como el cumplimiento obligatorio de las resoluciones, pudiendo establecer multas, desde 0,5 a 100 unidades de fomento en caso de incumplimiento, y, asimismo, duplicarlas en caso de resistencia a cumplir lo resuelto; así también, regular los recursos en contra de las medidas de multa ante la Corte de Apelaciones respectiva."

Los Diputados Bayo, Hidalgo y Palma, presentaron indicación para sustituir el Título II por el siguiente:

"TITULO II

DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

"Artículo 15.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

INFORME COMISION SALUD

Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y recursos de que disponga el país."

"Artículo 16.- Un funcionario, nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma."

"Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las leyes y aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar por que las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, y sus contratos con los afiliados."

INFORME COMISION SALUD

“Artículo 18.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como arbitro sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto, obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.”

“Artículo 19.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.”

“Artículo 20.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente a Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o

INFORME COMISION SALUD

dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de una multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales, podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.”

“Artículo 21.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.”

“Artículo 22.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.”

“Artículo 23.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que

INFORME COMISION SALUD

apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellas personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.”

El Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) **declaró inadmisibles ambas indicaciones**, por incidir en materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

El Diputado señor Aguiló reconoció que los parlamentarios carecen de iniciativa en estas materias, pero hace constar que la proposición fue puesta en conocimiento del Ministerio hace algún tiempo, por lo que solicita al Ministro que tenga a bien informar si existe alguna posibilidad de que ella sea patrocinada por el Ejecutivo.

Estimó que, como ha transcurrido el tiempo suficiente para tomar una decisión, se ha optado por no patrocinarla y, por tanto, mantener la proposición de crear la Superintendencia de Garantías en Salud, tal como aparece en el Título II, Párrafo 1º, con lo cual se desechan las observaciones planteadas por los parlamentarios.

Anunció su voto en contra de todo este Título, en razón de que estima inconveniente tener dos organismos fiscalizadores distintos, la Superintendencia de Garantías en Salud, por una parte, y la Superintendencia de Isapres, por la otra. Asimismo, considera que debe rechazar la creación de este organismo, porque existe una discrepancia grande entre el diagnóstico del problema y la solución del mismo.

Agregó que existe, por parte de la ciudadanía, la sensación de indefensión respecto del cumplimiento de sus derechos en salud. Las Superintendencias que existen en nuestro país en materia de servicios tienen como función primordial la de regular los mercados prestadores. Estima que, en materia de salud, debe existir un organismo que se aboque a la defensa de los derechos de los usuarios. En vista de ello, se ha propuesto la creación de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, para que todos los usuarios, públicos o privados, cuenten con una instancia a la cual acudir en caso de que esos derechos sean infringidos.

El Diputado señor Bayo señaló que la existencia de un régimen único de garantías para todos los usuarios, sean éstos del sector público o del privado, es incompatible con la existencia de dos organismos fiscalizadores, que pueden aplicar criterios distintos para la solución de un mismo problema.

INFORME COMISION SALUD

Por esa razón, junto a otros parlamentarios, ha presentado una indicación que tiene por objeto crear un nuevo sistema de fiscalización de la salud. Insta a los representantes del Ejecutivo a analizar y estudiar ambas proposiciones. Anuncia su voto en contra del Título II.

El Diputado señor Accorsi opinó que, si se aprobara la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud, lo único que se estará haciendo es consagrar un elemento más de discriminación, por cuanto se estará garantizando más a unos que a otros, por lo que insta a los representantes del Ejecutivo y a los parlamentarios a reflexionar en cómo consagrar la equidad en materia de fiscalización y de protección de los usuarios en la misma forma. Anuncia su voto en contra del Título II.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que el rol de una Superintendencia es hacer cumplir la ley. En la iniciativa en tramitación se están consagrando derechos sociales en salud, por lo que resulta de toda lógica que exista un organismo que fiscalice su cumplimiento.

Hizo presente que sobre el tema no existe consenso y que las indicaciones presentadas dan cuenta de posiciones absolutamente contrapuestas, por lo que el Ejecutivo ha optado por mantener la proposición contenida en el proyecto, es decir, la de crear una Superintendencia de Garantías en Salud. En todo caso, hizo constar que está disponible para estudiar y analizar alguna proposición que suscite mayor acuerdo y que tenga por objeto cumplir con las finalidades perseguidas, que es la existencia de igualdad de normas y de capacidad de fiscalización para que los derechos de las personas en salud sean respetados por igual tanto en el sector público como en el privado.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que comparte la posición del Diputado Aguiló, en el sentido de que las Superintendencias tienen una función clara en cuanto a que deben regular y controlar el mercado. Desde ese punto de vista, le parece claro también que el sistema público de salud no constituye un mercado y, por tanto, no debe quedar bajo la supervisión de una superintendencia. Por eso, también ha suscrito la propuesta de crear una Defensoría que no solamente se haría cargo del tema del cumplimiento de las garantías en salud respecto de aquellas personas que tengan que hacer presente que alguna de ellas no ha sido atendida. También, de unau otra manera, se debería incorporar a aquellas personas que están siendo tratadas por patologías que no están consideradas en el Plan Auge. Incluso, debería tener facultades para hacerse cargo de las normas que contemplará la ley de Deberes y Derechos de las Personas en Salud.

TÍTULO II

DE LA FISCALIZACIÓN DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1°

De la Superintendencia de Garantías en Salud

"Artículo 15.- Créase la Superintendencia de Garantías en Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente

INFORME COMISION SALUD

descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

Artículo 16.- Un funcionario, nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Interpretar administrativamente, en lo relativo al Régimen de Garantías en Salud, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen al Fondo Nacional de Salud; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

2.- Velar por que el Fondo Nacional de Salud cumpla con las leyes y reglamentos que lo rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, en todos los aspectos que digan relación con el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

3.- Resolver, en los términos a que se refiere el artículo 21, los reclamos que presenten los beneficiarios de la ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación con el Régimen de Garantías en Salud.

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan dar cumplimiento al Régimen de Garantías en Salud.

5.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

6.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios que contempla el Régimen de Garantías en Salud, así como las medidas adoptadas respecto del Fondo Nacional de Salud para velar por el correcto funcionamiento de dicho Régimen.

7.- Imponer las sanciones que establezca la ley.

8.- Ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de prestaciones, conforme lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

9.- Las demás que le señalen las leyes

Artículo 18.- Las órdenes que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 19.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

INFORME COMISION SALUD

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 20.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas de dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva. El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellas personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlas a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Artículo 21.- Toda persona beneficiaria de la ley N° 18.469 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en el Régimen de Garantías en Salud. El Superintendente actuará

INFORME COMISION SALUD

como arbitro arbitrador sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto, obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.

Artículo 22.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 23.- Será facultad de la Superintendencia instruir sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades

INFORME COMISION SALUD

tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) solicita que se vote este título en forma global y no por artículos.

Se acoge la proposición del Ministro de Salud.

Sin debate, puestas en votación, todas las disposiciones del párrafo 1° del Título II **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Para los fines a que haya lugar, se hace constar que, además, se habían presentado las siguientes indicaciones, que se dieron por desechadas.

a) Del Diputado Accorsi, al artículo 15, inciso segundo, para reemplazar el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: "y a los prestadores en el cumplimiento de la ley de derechos y deberes de las personas en salud".

b) Del Diputado Accorsi, al artículo 17, N° 2, para agregar los siguientes párrafos segundo, tercero y cuarto:

"Asimismo, fiscalizar que el Fondo Nacional de Salud no pueda impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en el Rol de Prestadores del Fondo que otorgarán las prestaciones del régimen de garantías de salud y los beneficios complementarios que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera, que los contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

"Más aun, fiscalizar las relaciones entre el Fondo Nacional de Salud y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida en que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva.

"Por último, fiscalizar que el Fondo Nacional de Salud no ejecute hechos o celebre actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

c) Del Ejecutivo, al artículo 17, para reemplazar, en el numeral 3, la expresión "artículo 21", por la siguiente: "artículo 22".

Párrafo 2°

De la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud a los Beneficiarios de la ley N° 18.933.

Artículo 24.- El control y fiscalización del Régimen de Garantías en Salud que se otorga a los beneficiarios de la **ley N° 18.933**, corresponderá a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Asimismo, **por la unanimidad** de los Diputados presentes, **fue rechazado el artículo 24** del Párrafo II, y del Título 2°.

Artículo 25, que pasa a ser 14.

Introduce diversas modificaciones en la ley N° 18.469.

INFORME COMISION SALUD

N° 1, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar el siguiente número 1, nuevo:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que la indicación tiene por objeto establecer que los trabajadores independientes podrán acceder a los beneficios de la ley N° 18.469, ya que actualmente no tienen la posibilidad de cotizar sólo para salud ni ser beneficiarios del Fondo Nacional de Salud.

Sin discusión, puesta en votación la indicación **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 2, nuevo.

El Ejecutivo presentó indicación para agregar el siguiente número 2, nuevo.

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

"Artículo 7° bis.-. Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas;

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4. La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud, o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

INFORME COMISION SALUD

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto."

Sin discusión, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

N° 1 , que pasa a ser 3.

Introduce las siguientes modificaciones en el artículo 8°:

a) Sustituye, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Reemplaza, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrega, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por la unanimidad de los Diputados presentes.**

N° 2, que pasa a ser 4.

Modifica el artículo 11, en los siguientes términos:

a) Sustituye el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

b) Reemplaza, en el inciso segundo, las palabras "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

c) Suprime el inciso cuarto, pasando el actual inciso quinto a ser cuarto.

Se formularon las siguientes indicaciones.

1) De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, a la letra a) que sustituye el inciso primero, para suprimir la frase "sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

2) Del Ejecutivo, para sustituir la letra c) por la siguiente:

"c) Sustitúyese, en el inciso cuarto, la expresión "Los beneficiarios", con que se inicia el inciso, por lo siguiente: "Sin perjuicio de las normas de acceso que determine el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios".

3) De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, a la letra c) para rechazarla.

En el debate se señaló que la indicación signada con el número 1) tiene por objeto precisar el contenido de la norma.

Puesta en votación la letra a) con la indicación signada con el número 1), **fue aprobada por mayoría de votos.**

INFORME COMISION SALUD

Sometida a votación la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Respecto de la indicación signada con la letra 3), el doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que se mantiene la disposición vigente, con la sola precisión de que deben existir normas de acceso para las prestaciones contempladas en el Régimen de Garantías, lo cual es propio del sistema público de salud de derivación y de contraderivación.

Se precisó en la discusión por los autores de la indicación, que desean mantener la norma actual aun cuando no esté completamente vigente, que es la garantía que establece la ley en cuanto a que en los hospitales públicos las personas tienen derecho a elegir.

La indicación fue presentada al texto del proyecto que proponía la supresión del inciso cuarto, que establece la libertad de elección en el sistema público de salud tanto del establecimiento como del profesional.

El Ejecutivo formuló una indicación por la cual mantiene el inciso original, con la precisión de que existirán normas especiales de acceso para el Régimen de Garantías.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) expresó que las normas de acceso serán determinadas en definitiva por el Consejo del Régimen de Garantías en Salud. Solicita mayor precisión por parte del Ministro de Salud en relación con estas normas de acceso.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) manifestó que, para determinadas patologías, deberá necesariamente existir un sistema de normas que determinen cuál será el establecimiento que deberá otorgar la prestación, todo ello dentro del sistema de derivación y contraderivación. Precisó que se deberá considerar que no todos los establecimientos estarán en condiciones de otorgar la prestación, como, por ejemplo, un trasplante hepático o una cirugía cardiovascular.

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría votos.**

Sometida a votación la letra c) del proyecto, **fue rechazada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

Consecuentemente, se da por aprobada la indicación signada con el número 3.

N° 3, que pasa a ser 5.

Sustituye, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 6, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del numeral 3, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo:

INFORME COMISION SALUD

"6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la frase "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

Los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles presentaron indicación para rechazarlo.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que esta norma establece que, en el caso de los independientes, que ya están incorporados en los beneficios correspondientes al Régimen de Garantías en Salud, no regirán las normas sobre subsidio por incapacidad laboral. Fundamenta la indicación en el hecho de que estas personas no realizan cotizaciones previsionales, por lo que es razonable señalar que los independientes que coticen sólo para salud y no lo estén haciendo con fines previsionales tengan el incentivo para hacerlo y puedan tener derecho a los beneficios del subsidio por incapacidad laboral.

En la discusión se fundamentó la indicación para rechazar la proposición del Ejecutivo en que la licencia médica constituye un acto médico y parte del tratamiento de una enfermedad. Se insistió en que la licencia médica no se concibe como un mero reposo, sino que constituye una decisión del médico y es parte del tratamiento para el mejoramiento de la salud y, como tal, constituye un derecho de las personas tener reposo cuando el facultativo estima que su enfermedad lo amerita.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que esta norma es aplicable sólo a los trabajadores independientes, los cuales tienen un régimen laboral absolutamente distinto de los dependientes, ya que no requieren necesariamente justificar la inasistencia a su trabajo.

Por otra parte, expresó que nadie está poniendo en duda ni cuestionando la licencia médica propiamente tal, sino que sólo se está diciendo que los trabajadores independientes tendrán derecho a la atención de salud, la cual actualmente no poseen. Este derecho no tiene relación con el subsidio de incapacidad laboral, que es propio de los trabajadores dependientes.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres), dando respuesta a una consulta, precisó que en el sistema privado de salud los independientes que están afiliados a una Isapre no tienen derecho a licencia médica y, por ende, tampoco a los beneficios del subsidio por incapacidad laboral. Hace constar que sobre el tema existe una jurisprudencia uniforme de la Superintendencia de Seguridad Social.

Se insistió por los autores de la indicación en que esta disposición sería discriminatoria, ya que no se otorgan a todos los beneficiarios los mismos beneficios. De aprobarse esta norma se está perjudicando a una gran cantidad de personas, como los microempresarios que no tendrán derecho a licencia médica ni a subsidio de incapacidad.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Consecuentemente, la indicación de los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles se dio por **rechazada.**

INFORME COMISION SALUD

N° 7, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar el siguiente numeral 7, nuevo:

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente oración "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."

Los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, presentaron indicación para rechazarla.

En el debate, se expresó que esta disposición se aplicará a las trabajadoras embarazadas o con hijo menor de un año, y que, al negarse este beneficio por el cual ellas están pagando el siete por ciento se estará cometiendo una injusticia. Asimismo, se hizo presente que en este caso no cabe cuestionar las licencias.

Se insistió en que, de aprobarse esta indicación se mantiene la lógica de consagrar una nueva discriminación, ya que determinados beneficios como las licencias médicas y los subsidios maternales, sólo serán para algunas mujeres.

Se añadió que donde existe una diferencia que es realmente indignante es en el pago de los subsidios por maternidad, ya que en el caso de las afiliadas al Fondo Nacional de Salud y a las Isapres, los paga el Fonasa. Se estimó que, si no se corrige esa discriminación, ante esa arbitrariedad e injusticia todas las demás son mínimas, desde el punto de vista de los recursos involucrados.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 4, que pasa a ser 8.

Modifica el artículo 25, en los siguientes términos:

a) Sustituye, en el inciso primero, la frase "el decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplaza el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Deroga el inciso tercero.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para sustituir la letra b) por la siguiente:

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

INFORME COMISION SALUD

2.- De los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles, para modificar la letra b) de la indicación del Ejecutivo, en el sentido de sustituir la palabra "otorgar" por "financiar".

Sin debate, puesta en votación la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

En el debate se señaló que la indicación signada con el número 1 es coherente con las observaciones que se han realizado en orden a que el obligado a otorgar las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud es el Estado, a través del Ministerio de Salud y de sus instituciones, y que el Fondo Nacional sólo tiene funciones financieras en el ámbito del sistema público de salud.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que esta norma es aplicable a las Instituciones de Salud Previsional y que hace referencia a la obligación de otorgar o dar cumplimiento a las prestaciones del Régimen y no alude al tema del traspaso de fondos, sino que dice relación con las condiciones para el acceso, oportunidad y calidad, siendo, por tanto, más amplia que el solo traspaso de recursos.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que, efectivamente, esta norma dice relación sólo con las Isapres y que la mención que se hace del Fondo Nacional de Salud es para establecer que va a existir una cobertura financiera para las prestaciones establecidas en el arancel Fonasa, de conformidad a la ley N° 18.469.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada, por mayoría de votos.**

El doctor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación formulada por algunos Diputados para rechazar la supresión del inciso tercero, expresó que dicho inciso ha perdido vigencia, por cuanto los contratos de salud serán indefinidos. En todo caso, precisó que, de mantenerse la disposición, no tendrá ninguna aplicación.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) expresó que el legislador de la ley N° 18.469 estableció la posibilidad de que aquellas personas que estaban en una Institución de Salud Previsional retornaran automáticamente al Régimen de Prestaciones de la ley antes citada, es decir, al Fonasa, cuando terminara el contrato celebrado con una Institución de Salud Previsional, a menos que optaran por afiliarse a otra Isapre.

Puesta en votación la letra c), **fue aprobada por unanimidad.**

N° 5, que pasa a ser 9.

Agrega, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud.", pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.) y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

INFORME COMISION SALUD

Sin debate, puesto en votación el numeral, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 26, que pasa a ser 15.

Modifica la ley N° 18.933.

N° 1.

Modifica el artículo 2°, en los siguientes términos:

a) Sustituye, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Reemplaza, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrega, a continuación de la letra h), las siguientes letras i) y j), nuevas:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33.

j) La expresión "prestadores" corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución cuya actividad esté relacionada con la atención de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria."

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir, en el numeral 1, la letra i) que se agrega, por la siguiente:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

Sin debate, puestas en votación las letras a) y b) de este número, fueron **aprobadas por mayoría de votos.**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con el número 1, fue **aprobada por mayoría de votos.**

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que varias de las definiciones contenidas en una proposición del Diputado Accorsi son interesantes y podrían ser consideradas. No obstante ello, hace presente que, al establecer una determinada definición, se entra en el ámbito de las funciones del Ministerio de Salud. En el caso del rol de prestadores, se establece que corresponde a la lista de prestadores. A juicio del Ejecutivo, es más propio referirse a la lista de prestadores acreditados para el efecto de otorgar prestaciones. Por tanto, hace constar la disposición del Ejecutivo de analizar la proposición y hacer la indicación correspondiente en el lugar pertinente.

Puesta en votación la letra c) que incorpora una nueva letra j), fue **rechazada por unanimidad.**

INFORME COMISION SALUD

N° 2.

Modifica el artículo 3°, en la siguiente forma:

a) Intercala, en el numeral 9), a continuación del párrafo primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis) del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrega, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir, de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado señor Accorsi, para agregar la siguiente letra a), nueva:

"a) Agrégase, en el numeral 3, a continuación del párrafo segundo, los siguientes párrafos nuevos.

"Asimismo, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional no puedan impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en los Roles de Prestadores de las Instituciones de Salud Previsional que otorgarán las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

Más aun, fiscalizar las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsional y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida en que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva."

2. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente número 15, nuevo.

"15) Por último, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) no ejecuten hechos o celebren actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

En el debate, se solicitó al Presidente un pronunciamiento sobre la admisibilidad de la indicación signada con el número 1.

El Presidente expresó que, en los términos en que está formulada la indicación, como una función de la Superintendencia, sería inadmisibile.

En todo caso, señaló que el sentido de la indicación es establecer la libertad de elección y la de adscripción por parte de los

INFORME COMISION SALUD

prestadores al sistema de Isapres. Cree que, si se propone como un principio general en la ley, sería admisible. Solicita al autor de la indicación que la reformule.

El Diputado señor Accorsi manifestó que uno de los problemas más serios que existe, desde el punto de vista de la libertad de trabajo, es precisamente el papel que tienen hoy las Instituciones de Salud Previsional en cuanto a la determinación y limitación de quienes son los prestadores que integran el rol y que ello tiene directa relación con la fijación de aranceles.

Considera que, si existe la garantía constitucional de libertad de trabajo e igualdad ante la ley, en el caso de un profesional de cualquier área de la salud que acredite estar en posesión de un título y cumplir con las exigencias que hace la Isapre, no hay ninguna razón para rechazarlo o excluirlo, ya que está acreditado y posee la calidad requerida.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) reconoció que esta materia deberá ser discutida en algún momento y que hay que buscar una solución para resolverla. Sin embargo, hizo presente que en estos momentos se está analizando otro tema y que no es posible abordar materias que, aun cuando estén relacionadas, no forman parte del debate propiamente tal, como es la fiscalización. En esta materia, no puede considerarse de ninguna manera el asunto a que alude la indicación.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) procedió a declarar **inadmisibles** las indicaciones signadas con los números 1 y 2, por incidir en materias propias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que la letra a), que intercala un párrafo segundo nuevo en el número 9 del artículo 3°, tiene por objeto establecer que la Superintendencia deberá fiscalizar no sólo a las Isapres, que serán las responsables del otorgamiento de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y de protección financiera sino que también que exista claridad respecto de los convenios que estas entidades realicen con los prestadores que estimen pertinentes, toda vez que los convenios son los que van a permitir dar la tranquilidad a los afiliados y a la propia autoridad respecto del cumplimiento de las garantías que se establecen.

Esta propuesta que está referida a la regulación de convenios, responde a lo solicitado por la Comisión de Salud y refrendado en su oportunidad por la H. Cámara de Diputados respecto de la integración vertical, en donde se recomendó introducir nuevas facultades para regular este tipo de convenios.

Cerrado el debate y puesta en votación la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Con **igual votación se aprobó**, sin debate, la letra b) de este número.

N° 3, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del numeral 2, el siguiente numeral 3, nuevo.

INFORME COMISION SALUD

"3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:

"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.

Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional señaladas en el artículo 31."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación en que ella tiene por objeto hacer equivalente la norma aprobada en el caso de los independientes que puedan afiliarse al Fondo Nacional de Salud, a la que rija para los que deseen afiliarse a una Isapre.

En el debate se señaló que en esta norma se alude a las rentas de los trabajadores independientes y que, aparentemente, no se está haciendo referencia a las rentas del capital. Se consultó si existe alguna razón para su exclusión.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que las razones para su exclusión radican en motivos de orden práctico, ya que

INFORME COMISION SALUD

perseguir las rentas del capital es un tema complejo, sobre todo cuando se debe buscar una renta promedio. Además, se ha tenido en cuenta que el grupo de personas a las cuales se desea beneficiar con una norma como esta es bastante pequeño, por lo que no se estimó conveniente, en esta oportunidad, considerarla. No obstante, hizo presente que el tema podría ser contemplado en lo futuro.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo para agregar un número 3, nuevo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 3, que pasa a ser 4.

Modifica el artículo 33, en los siguientes aspectos:

a) Reemplaza la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Intercala, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia."

c) Sustituye la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Modifica la letra d) del siguiente modo:

i) Sustituye, en el párrafo primero, la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38."

ii) Intercala, en el párrafo segundo, a continuación de la frase "las Instituciones de Salud Previsional podrán vender planes", la palabra: "complementarios".

e) Sustituye, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", todas las veces que allí aparece.

f) Reemplaza, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio

INFORME COMISION SALUD

también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 3, que ha pasado a ser 4, por el siguiente:

"4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

c) Sustituye, en el párrafo primero de la letra d), la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que las modificaciones propuestas en este numeral tienen por objeto definir características e información en relación con los contratos y beneficios obligatorios que deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios. En lo que dice relación con el plan complementario, señala que en el artículo 33 bis) anterior está definido, por lo que considera redundante definirlo nuevamente, concepto que contiene la indicación de los parlamentarios.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) agregó que la legislación vigente para el sistema de Isapres sólo contiene, a manera de referencia, que los contratos de salud deberán tener como tal el arancel actual de libre elección del Fondo Nacional de Salud, con lo cual se deja abierta la posibilidad de que algunas prestaciones puedan quedar excluidas. Eso es lo que da origen a los planes sin cobertura de parto, por ejemplo. Lo que pretende la modificación y la indicación propuesta es establecer un conjunto de

INFORME COMISION SALUD

beneficios mínimos obligatorios regulados por el nuevo artículo 33 bis. El artículo 33 contiene las características de los contratos, como el plan complementario, precio, etcétera.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo, que sustituye la letra a), fue **aprobada por unanimidad**.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo para sustituir la letra b), fue **rechazada por unanimidad**. Por la misma votación, fue **rechazada la** letra a) del proyecto.

Sin debate, puesta en votación la letra c) del proyecto, fue **aprobada por unanimidad**.

En el debate en relación con la letra d) del proyecto y con la indicación del Ejecutivo para sustituirla, se expresó que esta es una de las normas más arbitrarias que contiene la ley de Isapres y que es frecuentemente utilizada por las Instituciones de Salud Previsional para "esquilmar" a sus beneficiarios. Lo único que está haciendo el Ejecutivo es señalar que los precios del Régimen de Garantías se fijarán en una unidad monetaria conocida, pero no se pronuncia sobre la reajustabilidad de los precios ni sobre el indicador de la misma.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) señaló que en el artículo 33 se incluyen los elementos y características del contrato que suscribe el afiliado con su Isapre. Lo que se pretende es que sea transparente. Lo que se intenta establecer con la modificación a la letra d) de este artículo es que debe expresarse el precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios, esto es, de las prestaciones y bonificaciones del arancel Fonasa de libre elección, más lo que está referido al plan complementario, en una unidad que corresponda a lo pactado y que esto se modifique, a más tardar, a los seis meses de después que se aplique el decreto del Auge.

Sobre la fijación de precios del Régimen, precisa que este será igual para todos los beneficiarios de la Isapres y así se establecerá expresamente, con lo cual existe un cambio en la mecánica de fijación de precios que beneficia fundamentalmente a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores. Ellos, por último, están respaldados con las normas que crean el Fondo de Compensación Solidario.

Asimismo, en el proyecto de modificación a la ley de Isapres, se establecen normas respecto de los cotizantes cautivos, en que se propone una fijación de precios de acuerdo con un indicador conocido, que sería el de siniestralidad de estos cotizantes. Es decir, aquellos aspectos más críticos son abordados por el proyecto en su integralidad, todo lo cual será analizado en su debida oportunidad, no en las normas referidas a la transparencia de la información de este artículo, sino que en los de fijación de precios.

Se expresó en la discusión que no se entiende por qué se está modificando en este proyecto la ley de Isapres, si aquí sólo se está legislando en torno al Régimen de Garantías en Salud.

INFORME COMISION SALUD

Por otra parte, se plantearon dudas respecto de la aprobación de las otras modificaciones que contempla el proyecto en relación con las ya rechazadas.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que la modificación a la ley de Isapres que contiene este proyecto dice relación única y exclusivamente con enmiendas relacionadas con la creación del Régimen de Garantías en Salud, que cambia, en este sentido, en forma sustancial, la ley de Isapres.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) manifestó dudas respecto de la coherencia de estas modificaciones con las que, en definitiva, se efectúen en el proyecto que modifica la ley N° 18.933 sobre Isapres.

En el seno de la Comisión se solicitó al Ejecutivo el retiro las modificaciones a la ley de Isapres de este proyecto y que las presente en el proyecto que modifica la ley de Isapres, iniciativa radicada en las Comisiones Unidas de Salud y de Hacienda.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) reiteró las modificaciones a la ley de Isapres contenidas en este proyecto

Por otra parte, dejó constancia que, de no aprobarse estas modificaciones y otras contenidas en este proyecto, lo único que provocará será crear el Régimen de Garantías sólo para el Fonasa y no para las Isapres.

Señaló que acogería la solicitud si los parlamentarios aprobaran la indicación del Ejecutivo que propone establecer un nuevo artículo 33 bis.

Por otra parte, sugiere rechazar la letra d) del proyecto y, en nombre del Ejecutivo, retira las indicaciones.

Después de intercambiar opiniones, **se acordó mantener** la aprobación de las normas ya votadas y **rechazar el resto de las modificaciones a la ley N° 18.933.**

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo contenida en la letra c), que propone modificar el primer párrafo de la letra d) del artículo 33, fue **rechazada por unanimidad.**

Asimismo, por la misma votación, se dieron **por rechazadas todas** las modificaciones e indicaciones contenidas en este número y que se encuentran signadas con las letras ii), e) y f).

Asimismo, se hace constar que se dieron por rechazadas las siguientes modificaciones e indicaciones al artículo 26, que pasa a ser 15:

- Al N° 4, que intercala, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

En todo caso, las modificaciones que se le introduzcan al Régimen de Garantías en Salud deberán entrar en vigencia, para todos los

INFORME COMISION SALUD

beneficiarios, en el plazo que establezca el decreto respectivo, no pudiendo supeditarse su aplicación al ejercicio de la facultad que se establece en el inciso tercero del artículo 38.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto a que podrá convenirse la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato. Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones."

- Indicación del Ejecutivo, para sustituir el numeral 4 por el siguiente:

"5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra d) del artículo 33.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios que regula el inciso primero de este artículo, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

- Indicación del Ejecutivo, para agregar, a continuación del numeral 4, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo, pasando el actual numeral 5 a ser numeral 7:

INFORME COMISION SALUD

"6.- Agrégase, en el inciso primero del artículo 34, antes del punto aparte (.), la siguiente expresión, precedida de una coma (,): "siempre que no se trate de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 31 bis".

- El N° 5, que introduce las siguientes modificaciones en el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

i) Reemplázase la frase "una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales" por la siguiente: "una vez transcurridos tres años de vigencia de beneficios contractuales."

ii) Sustitúyese la palabra "primer" por la siguiente: "tercer".

iii) Reemplázase, en la última oración, la expresión "tiempo determinado" por la siguiente: "tiempo superior".

b) Sustitúyese, en el inciso tercero, la oración "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan", por la siguiente: "Una vez transcurridos tres años desde la suscripción del contrato, anualmente y en el mes de suscripción, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan".

- Indicación del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 5, que ha pasado a ser numeral 7, por el siguiente:

"7.- En el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

ii) Elimínase la frase que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

iii) Elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero, del siguiente modo:

i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

iii) Intercálase, entre las palabras "carta certificada" y "con", el vocablo "expedida".

Artículo 27, que pasa a ser 16.

INFORME COMISION SALUD

Establece que, sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que se trata de leyes especiales que el Régimen de Garantías no debe afectar. Entre estas leyes está la de discapacidad, la relacionada con la Corporación Nacional de Reconciliación, normas sobre el personal del sector salud, beneficiarios de leyes especiales, como el Cuerpo de Bomberos.

Puesto en votación el artículo, fue **aprobado por siete votos a favor y una abstención.**

El Ejecutivo formuló indicación, para intercalar, a continuación del artículo 27, que ha pasado a ser artículo 28, los siguientes Títulos IV, V y VI, nuevos:

"TÍTULO IV

DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

El señor Marcelo Tockman (Jefe del Departamento de Estudio de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda) intervino ante la Comisión, en cumplimiento de un acuerdo adoptado en tal sentido, con el objeto de exponer el rol del Fondo de Compensación Solidario. Señaló que su exposición está destinada a disipar dudas planteadas por los Diputados explicar las reglas de aportes con respecto al Régimen de Garantías en Salud, el financiamiento y los beneficios, materias que se encuentran insertas en esta parte del proyecto.

Hizo presente que, en primer lugar, analizaría el derecho de las personas para acceder al Régimen de Garantías en Salud, para posteriormente abordar el financiamiento del Régimen y las otras prestaciones que otorga el FONASA, para concluir con el objetivo y operación del Fondo de Compensación Solidario.

En relación con el Régimen de Garantías en Salud, recordó que lo que establece el proyecto de ley es que tanto el Fonasa como las Isapres están obligadas a otorgar el Régimen de Garantías en Salud a todos sus beneficiarios. Por otra parte, existe la obligación del Estado de financiar el Régimen para los afiliados y beneficiarios del FONASA a través de ese Fondo, el cual es independiente del valor que tenga la Prima Universal y de los recursos con que se constituya el Fondo de Compensación Solidario; pero lo que sí afecta a esta iniciativa es lo relativo a la aprobación del proyecto de ley de financiamiento del Régimen, el que depende de los nuevos impuestos que se han establecido en la respectiva iniciativa.

Lo primero que se establece es el derecho de todas las personas a acceder a los beneficios del Régimen considerando a los afiliados y beneficiarios de las Isapres y del Fonasa, independientemente del ingreso y del

INFORME COMISION SALUD

monto de la cotización de la persona, con todas las garantías exigibles en términos de oportunidad, de protección financiera y de calidad.

En el caso del Fonasa, se considera el otorgamiento del Régimen de Garantías en salud a más o menos diez millones quinientos mil beneficiarios, cifra que incluye a los cotizantes, a sus cargas y a los indigentes. La primera estimación que se tiene respecto del costo total del Régimen para el sector público es de \$534.840 millones, es decir, una cifra cercana a los \$50.000 por beneficiario. Estos recursos cubren a los que cotizan, a sus cargas y a los indigentes que no lo hacen.

Los beneficios que contempla el proyecto son independientes de la existencia del Fondo de Compensación Solidario y de la regla del aporte fiscal explícito establecida para los indigentes. Esto es, la ley establecerá que todos los beneficiarios del Fonasa tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, con las prestaciones asociadas a problemas de exigencia, de oportunidad, de un nivel de garantía en calidad y de protección financiera. Además, todos ellos continúan con su derecho al resto de las prestaciones de la modalidad de atención institucional. Ello es así tanto para una familia que vive en extrema pobreza y que, por sus ingresos, no puede cotizar nada, como para aquella familia numerosa que percibe el salario mínimo con una cotización anual equivalente a \$93.408, como para un matrimonio sin hijos con un ingreso mensual de \$990.000, que va a tener una cotización anual de \$831.600.

Reiteró que todos ellos, independientemente del monto de sus cotizaciones, tendrán derecho al Régimen de Garantías en Salud, todos con el mismo nivel de garantías. Además, tendrán igualmente el acceso que poseen actualmente a las demás prestaciones de la modalidad de atención institucional. Asimismo, los cotizantes, igual que ahora, tendrán también derecho al subsidio de incapacidad laboral y a las prestaciones incluidas en la modalidad de libre elección.

En el siguiente esquema se grafica lo explicado.

FAMILIA	INGRESO	COTIZACIÓN MENSUAL	COTIZACIÓN ANUAL	COSTO ANUAL RGS + MAI	DIFERENCIA
Cotizante y Cónyuge	\$ 990.000	\$ 69.300	\$ 831.600	\$ 190.000	\$ 641.600
Cotizante y Cónyuge y 4 hijos	\$ 111.200	\$ 7.784	\$ 93.408	\$ 570.000	- \$ 476.592
Familia en extrema pobreza, tres	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.000	- \$ 285.000

INFORME COMISION SALUD

miembros					
----------	--	--	--	--	--

El financiamiento de la diferencia proviene de los cotizantes de mayores ingresos, pero principalmente del aporte fiscal (sólo el 36% de las prestaciones se financia con cotizaciones).

En relación con el gráfico anterior, dejó constancia de que, efectivamente, existirá el subsidio entre familias de ingresos muy altos o con muy pocos integrantes que cotizan más que los gastos, y el subsidio financiado con el aporte fiscal.

La obligación de Fonasa de otorgar las prestaciones a sus beneficiarios es la misma que existe actualmente y ella es independiente del monto de la cotización y el proyecto sólo cambia la obligación de Fonasa, ya que explicita la forma en la cual deben ser concedidas parte de las prestaciones que son las que constituyen el Régimen de Garantías en Salud.

En lo que respecta al derecho de los beneficiarios que deben recibir el Régimen de Garantías, más la Modalidad de Libre Elección, la Modalidad de Atención Institucional y el Subsidio por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, es independiente del monto de su cotización.

Costo del Plan Base

Régimen de Garantías en Fonasa	
	Miles de \$ 2002
Costo Plan Auge Fonasa	534.840.098
Costo plan	513.613.084
Imprevistos	21.227.014
Copagos	34.840.098
Recursos Actuales a prestaciones Auge *	347.000.000
Requerimiento de Recursos Adicionales	153.000.000

* Considera sólo aquellos recursos destinados a prestaciones Auge que son transferidos mediante un esquema de compra por parte de Fonasa.

Expresó que el costo adicional para el Fondo Nacional de Salud de otorgar el Régimen de Garantías para los diez millones quinientos mil beneficiarios implica recursos del orden de los 534 mil 840 millones de pesos. En todo caso, hizo presente que en esta cifra pueden existir errores, por lo que se ha considerado un cierto margen de error, el que se ha estimado en 21 mil millones de pesos, en razón de diferencias de precios o por la carencia, en estos momentos, de los protocolos correspondientes a todas las patologías incluidas en el Auge que pueden contemplar prestaciones actualmente no consideradas.

Sobre la forma de valorar el costo del Plan Auge, precisó que sólo se han considerado las prestaciones que se ha logrado identificar en forma clara y que corresponden a los 56 problemas de salud incluidos en el Plan. Eso solamente fue posible gracias a lo que corresponde en la ley de Presupuestos vigente al Programa de Prestaciones Valoradas, más la Atención Primaria de Salud. Destacó, además, que existen otras prestaciones que pueden estar siendo otorgadas por la Modalidad de Libre Elección y que

INFORME COMISION SALUD

pueden corresponder a prestaciones AUGE, así como hay otras que corresponden a la Modalidad de Atención Institucional.

Estas prestaciones, si bien corresponderán al Régimen, no están contabilizadas como algo que ya está siendo gastado en el Régimen de Garantías en Salud. Por ello, para calcular cuánto hace falta para garantizar el Régimen, se ha considerado solamente una parte de lo que se está gastando actualmente en prestaciones asociadas al mismo y que corresponde a lo que se puede identificar claramente como el Programa de Prestaciones Valoradas y de Atención Primaria de Salud.

Esto permite garantizar que los recursos que están disponibles actualmente para el resto de las prestaciones siguen existiendo. En la medida en que haya una intersección en forma significativa, se le otorgarán recursos adicionales más allá de los necesarios para el Régimen de Garantías en Salud, lo que va a permitir que el resto se mantenga e incluso pueda expandirse.

FONASA: Fuentes y Usos de Fondos

	FUENTES Miles de \$ 2002	USOS Miles de \$ 2002
Presupuesto vigente FONASA	1.096.177	1.096.177
Aporte Fiscal	481.517	
Cotizaciones	465.863	
Otros Ingresos	148.797	
Recursos actuales destinados a Prestaciones RGS *		347.000
Otras prestaciones (RGS no identificadas, Otras Modalidad Atención Institucional y Modalidad Libre Elección)		749.177
Expansión Reforma	187.840	187.840
Aporte Fiscal Adicional	153.00	
Copagos	34.840	
Nuevas prestaciones y garantías RGS		187.840
TOTAL CON REFORMA	1.284.017	1.284.017
Aporte Fiscal más otros ingresos	818.154	
Cotizaciones	465.863	
Régimen de Garantías en Salud		534.840
Otras Prestaciones		749.177

* Considera sólo aquellos recursos destinados a prestaciones del Régimen de Garantías en salud que son transferidos mediante un esquema de compra por parte del Fonasa.

En la Comisión se dejó constancia de que en el cuadro anterior queda claro que las personas que cotizan en Fonasa aportan casi lo mismo que el Fisco, ya que los aportes del Fonasa, si bien incluyen un aporte estatal, también consideran recursos de las personas más pobres del país. Este tema es el que se ha destacado cuando se habla de solidaridad, ya que el monto de las cotizaciones incluye 105 mil millones de pesos que corresponden

INFORME COMISION SALUD

a las cotizaciones que efectúan los jubilados. Esta situación debe ser solucionada por no ser justo que un sistema solidario esté basado en el aporte de la gente más pobre del país.

Asimismo, el monto percibido por otros ingresos, en un alto porcentaje, corresponde a la atención de pacientes del sistema privado que se atienden en los hospitales y por pacientes del sistema privado que se atienden en forma institucional.

Se consultó acerca de cómo se afectarán estos recursos al sacar el 0,6% de la cotización de salud, ya que en las cifras proporcionadas, al parecer, se parte del monto total del 7% de cotización, sin considerar que a ese porcentaje se le restará el 0,6% que se entiende que después se debiera recuperar por el aporte fiscal adicional.

El señor Marcelo Tockman (Jefe del Departamento de Estudio de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda) prosiguió señalando que el financiamiento para todas las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud y el resto de las prestaciones que corresponde al proyecto de ley radicado en las Comisiones Unidas, el total requerido son 153 mil millones de pesos, que serán financiados mediante aumentos de impuestos cuyo monto será de 103 mil millones de pesos, en tanto que el resto de los recursos provendrán del crecimiento económico, de reasignaciones presupuestarias, de eficiencia del gasto y de focalización del mismo.

Las fuentes provenientes de reasignaciones presupuestarias, eficiencia y focalización incluyen transferencias netas a Fonasa desde el Fondo de Compensación Solidario, cuya estimación preliminar es de 12 mil a 20 mil pesos anuales, cifra elaborada en base a las tablas de riesgo de las Isapres, que no corresponde exactamente a la que se podría dar en el Régimen de Garantías en Salud, ya que la composición de prestaciones incluidas afecta igualmente que la diferencia de costo entre hombre y mujer si se incluye el parto. Por ello, se está haciendo un estudio en conjunto con el Ministerio de Salud para estimar las diferencias de costo esperado, en términos de sexo y edad, para las prestaciones asociadas a los problemas que están incluidos en el Régimen de Garantías.

En resumen, el financiamiento está asegurado para el Fonasa y es independiente del ingreso de cada cotizante. El régimen se financia con cotizaciones, aporte fiscal, copagos y transferencias netas desde el Fondo de Compensación Solidario. Se estima que las transferencias netas desde el Fondo de Compensación no superaran el 3% del costo total del Régimen de Garantías. La obligación del Estado de otorgar el financiamiento requerido por Fonasa para cumplir con las garantías es independiente de cuanto termine recibiendo efectivamente como compensación neta del Fondo de Compensación Solidario. El único factor que puede afectar es si el cálculo estuviera equivocado y no fueran 12 mil a 20 mil pesos, sino que mayor o menor que esa cifra. Ello implicaría que el esfuerzo del Estado, en términos de reasignaciones, puede ser mayor o menor. Pero el compromiso es que se otorgará el financiamiento requerido por Fonasa para financiar las prestaciones

INFORME COMISION SALUD

del Régimen de Garantías a todos sus beneficiarios, independientemente del monto que se logre recaudar.

La situación actual es que las Isapres discriminan a los enfermos crónicos, mujeres en edad fértil y personas de la tercera edad, y a cualquier individuo en que la Isapre pueda identificar *a priori* que el costo esperado de atenderlo es mayor que el costo promedio. Básicamente, las Isapres estiman el costo de otorgar las prestaciones de salud a un cotizante. Obviamente, el costo esperado para una mujer en edad fértil es mayor, en razón de que tendrá que cubrir los partos, lo que no ocurrirá en el caso de un hombre de la misma edad.

Lo que hace la Isapre con estas personas es fijar precios mayores que el promedio, efectúa adecuaciones más onerosas que el promedio o, derechamente, rechaza la afiliación. Por el contrario, el Fonasa tiene la obligación de aceptar a todos los descartados o rechazados por las Isapres. Además, como no existe un sistema de compensación y no se cuenta con planes estandarizados, la competencia no se hace por mejor calidad o reducción de costos, sino que el mecanismo es tratar de evitar quedarse con aquellos que se sabe que tendrán un costo mayor, siendo éste el problema del actual sistema.

Discriminación de Precios.**Tabla de Riesgo vigente en ISAPRE líder en el mercado.**

Edad		Cotizante		Cargas		
		Hombre	Mujer	Cónyuge	Hombre	Mujer
M E S E S	00 - 11	2,40	2,40	2,40	3,00	3,00
	12 - 23	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
A Ñ O S	02 - 17	1,10	2,30	2,50	1,10	1,10
	18 - 24	1,00	3,00	2,50	1,00	1,30
	25 - 39	1,00	4,20	3,30	1,00	3,30
	40 - 49	1,60	3,80	2,70	1,40	2,70
	50 - 59	2,10	3,90	2,80	2,00	2,80
	60 - 64	4,00	4,50	3,60	3,60	3,60
	65 - 69	5,10	5,10	4,30	5,50	4,30
70 - más	5,70	5,50	5,20	6,70	5,20	

* Cotizante Hombre 30 años : \$ 10.000

* Cotizante Mujer 30 años : \$ 42.000

* Cónyuge Mujer 30 años : \$ 33.000

* Cotizante mayor 75 años : \$ 57.000

El gráfico anterior muestra las diferencias de costo para un mismo plan, dependientes de las características del usuario y de si éste es cotizante o carga, del género y de la edad.

Esta causa explica por qué el Fonasa tiene como beneficiarios a casi el 90% de los adultos mayores, a pesar de que el promedio de sus beneficiarios representa a sólo el 70% de la población del país. Esto, a

INFORME COMISION SALUD

su vez, implica tener una carga desproporcionada en los costos. Así es como se estima que un hombre de 75 años efectivamente gasta casi 6 veces más que un hombre de 30 años, ya que el primero se enferma por patologías de mayor gravedad y en forma más frecuente.

Los objetivos del Fondo de Compensación Solidario son reducir los incentivos a la discriminación por riesgo que tienen las Isapres. Esto se logra pagando a los seguros los gastos esperados de cada tipo de beneficiario, de manera que les sea indiferente asegurar a personas de alto o bajo riesgo. Es decir, una Isapre estaría dispuesta a recibir a una mujer en edad fértil en la medida en que la mujer esté dispuesta a pagar el mayor costo esperado o en que éste sea compensado, y eso es lo que hará el Fondo de Compensación.

El Régimen de Garantías en Salud implica una determinada cantidad de problemas de salud, lo que conlleva un cierto gasto para resolverlo. Cómo se conoce la probabilidad de ocurrencia de los problemas de salud para el hombre y para la mujer según la edad, se aplica el costo esperado en términos de satisfacer las garantías establecidas en el Régimen para un hombre de determinada edad. En el ejemplo, obviamente, todo lo asociado a parto no estará incluido para ese hombre y sí va a estarlo para la mujer, pero será considerado sólo en el caso de la edad fértil de la mujer.

Otra manera de ver este efecto es que el costo del cáncer de próstata sólo importa para los hombres que tengan más de cierta edad y no es relevante en el caso de la mujer.

Por eso, en términos de qué es lo que está incluido en el Régimen de Garantías en Salud, se aplica sobre distintos costos esperados tanto para el hombre como para la mujer, y dependerá, además, de la edad que tengan.

Señaló que el incentivo está en que, cuando la Isapre afilie a una mujer en edad fértil, va a recibir una compensación, esto es, un pago adicional por parte del Fondo de Compensación, porque la mujer con estas característica cuesta más que el promedio. La Isapre ya no tendrá necesidad de excluirla, porque va a recibir la plata correspondiente al gasto esperado de la mujer, y no se verá en la necesidad de cobrar un precio mayor, porque eso no se va a permitir, en razón de que será compensado por parte del Fondo de Compensación Solidario.

Hizo presente que el pago se efectuará en relación con el gasto efectivamente realizado y que lo mostrado en los gráficos responde a datos estadísticos de la Superintendencia de Isapres. Se están realizando estudios para determinar las diferencias para el Régimen de Garantías en las distintas edades. Es decir, las compensaciones y la tabla de riesgo del Fondo de Compensación Solidario van a ser distintas, serán determinadas por el Ministerio de Salud y, obviamente, reflejarán la realidad.

El Fondo de Compensación Solidario también permitirá aumentar la solidaridad entre sanos y enfermos, ya que los recursos se repartirán entre toda la población y no sólo al interior de cada Isapre. Por su

INFORME COMISION SALUD

parte, las compensaciones se producen desde seguros que tienen personas de bajo riesgo a las que han afiliado personas mayores y otras de mayor gasto esperado en salud. Por último, el Fondo tiene como objetivo compensar a aquel seguro que tiene la obligación legal a afiliarse a todos los que rechazan las Isapres, es decir, al Fonasa.

La función del Fondo de Compensación es la de compensar a los seguros que afilian a individuos cuyo gasto esperado en salud es mayor que el promedio.

El Fonasa y las Isapres deberán contribuir al Fondo de Compensación Solidario en un monto equivalente a la Prima Universal por cada uno de sus beneficiarios. La Prima Universal es el costo estimado del Régimen de Garantías en Salud para todos los beneficiarios, es decir, es el promedio en consideración a la población beneficiaria y a sus características de sexo y edad.

El Fondo de Compensación Solidario redistribuirá mensualmente los recursos a las Isapres y al Fonasa, según la estructura de riesgo sanitaria de sus respectivos beneficiarios. El riesgo se determinará, al menos, en base a las variables de sexo y de edad.

El aporte al Fondo de Compensación será en base a los aportes para salud. La obligación de los cotizantes seguirá siendo la que tienen actualmente, que es cotizar el 7% de sus ingresos, y lo ingresarán o a las Isapres o al Fonasa. Las Isapres y el Fonasa tomarán el número de beneficiarios que tenga cada una de estas instituciones y lo multiplicarán por la prima universal y en ese monto contribuirán al Fondo por cada uno de sus beneficiarios. A su vez, el Fondo de Compensación distribuirá los recursos que reciba, en base al número de beneficiarios de cada entidad aportante pero tomando en cuenta, además, la composición de sexo y edad de la población afiliada a cada institución.

En definitiva, las Isapres contribuirán en un monto mayor que el que recibirán. La diferencia es la que recibirá el Fonasa en razón de que tiene como beneficiaria a una población con mayor riesgo. El Fondo de Compensación cubrirá la brecha entre lo que pagan estas personas y lo que le cuesta a la Isapre el Régimen de Garantías. Así, esta Institución cobrará menos de lo que está cobrando ahora a los individuos de mayor riesgo. Esa es la lógica del Fondo. En este momento, la Isapre le cobra a la persona ese precio mayor. Con el Fondo, no se lo cobrará, ya que el Fondo efectuará la compensación por esa diferencia de mayor gasto esperado.

El Fondo de Compensación Solidario permite también que el Fonasa sea compensado por las Isapres por el mayor costo promedio de su cartera, en la medida en que este sistema reduzca los incentivos para discriminar los riesgos. Si la iniciativa no surte efecto y el Fonasa continúa siendo el receptor de la población de mayor riesgo, será compensado por asumir a esa población.

Dando respuesta a una consulta, precisó que este sistema ha sido pensado sólo para las prestaciones del Régimen en Garantías y está regulando, además, la modalidad de libre elección y el subsidio por incapacidad laboral. Actualmente, por lo que se discrimina es, básicamente, por el parto y

INFORME COMISION SALUD

por las variables de sexo y edad, que han sido las consideradas para determinar la compensación.

En definitiva, la discriminación se produce porque no existe un Fondo de Compensación y, además, porque no se cuenta con un plan estandarizado que sea comparable, ya que las Isapres tienen vigentes más de 40 mil planes distintos. Una compensación se debe hacer en base a algo que estén otorgando a todos por igual.

Artículo 29, que pasa a ser 17.

Crea el Fondo de Compensación Solidario, el que será administrado por el Ministerio de Salud.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación para sustituir la frase "el que será" por "entre Instituciones de Salud Previsional, que será supervisado y".

El doctor Artaza (Ministro de Salud) estimó que la indicación es inadmisibles, ya que está determinando funciones del Ministerio de Salud y tiene implicancias financieras, ambas materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

En el debate se discrepó de la apreciación del Ministro por cuanto no se agrega una nueva función al Ministerio de Salud, salvo la que está considerada en el propio proyecto en discusión y, además, se precisó que no se está hablando de fondos públicos, sino que se hace referencia estrictamente a cotizaciones de los usuarios y cotizantes de las Isapres.

La indicación tiene por objeto señalar que ante la evidencia que de que las Instituciones de Salud Previsional discriminan a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores, lo que se desea es que la solución que se aplique esté focalizada en donde se produjo el problema, esto es, en las Isapres, de modo que exista entre ellas un Fondo de Compensación, que se formará con las propias cotizaciones de los usuarios y que será administrado por el Ministerio de Salud, tal como lo propone este artículo.

Se insistió en que la indicación hace efectivo el principio de la solidaridad al interior del sistema privado de salud, para lo cual se crea, precisamente, el Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional. Se agregó que la solidaridad en el sector público existe. Ella podría ser perfeccionada si los recursos del sector público se distribuyeran según riesgo sanitario, con lo cual se estaría cumpliendo con el objetivo fundamental de la Reforma, el cual que la atención de salud se otorgue según el riesgo de enfermar y no según el dinero que se posea. Por lo mismo, se estima básico y fundamental que el Fondo de Compensación Solidario no involucre traspaso de fondos públicos hacia el sector privado.

El Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) señaló que no se está frente a materia de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República, por cuanto se trata de fondos privados y no se están otorgando nuevas atribuciones al Ministerio de Salud, por lo que declaró admisible la indicación.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

INFORME COMISION SALUD

Artículo 30, que pasa a ser 18.

Dispone que el Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación para suprimir la frase "y el Fondo Nacional de Salud".

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 31, que pasa a ser 19.

El inciso primero establece que el Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

El inciso segundo señala que tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación al inciso primero, para suprimir la frase "y del Fondo Nacional de Salud".

Sometido a votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 32, que pasa a ser 20.

El inciso primero dispone que, para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo y edad. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo establece que las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Aguiló, Ojeda y Rossi, para agregar, continuación de las palabras "sexo y edad", la frase "situación socioeconómica", y

2. De los Diputados Accorsi y Palma, para agregar, a continuación de las palabras "sexo y edad" la frase "condiciones geográficas y medioambientales".

INFORME COMISION SALUD

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que no existen estudios que permitan validar los indicadores a que aluden los Diputados.

Puesto en votación el artículo con la indicación signada con el número 1, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 33, que pasa a ser 21.

Establece que, para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres y de la Superintendencia de Garantías en Salud, respectivamente, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.

Asimismo, las Superintendencias indicadas en el inciso precedente fiscalizarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Título.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación al inciso primero, para suprimir las frases "y el Fondo Nacional de Salud" y "y de la Superintendencia de Garantías de Salud, respectivamente".

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por unanimidad.**

Artículo 34, que pasa a ser 22.

Establece que los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

TÍTULO V

DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

El señor Tockman (asesor del Ministerio de Hacienda) expresa que el subsidio maternal y de enfermedad grave del niño menor de un año consiste en mantener el 100% de la remuneración o renta imponible de la trabajadora por el período que goce de descanso, correspondiéndole seis semanas de prenatal y doce de posnatal, o cuando deba ausentarse por enfermedad grave del niño menor de un año, con tope de 60 unidades de fomento mensuales, con el carácter de irrenunciable.

En el seno de la Comisión se destacó que este Título en uno de las más importantes de esta reforma, ya que aquí están involucrados dos tercios de todos los recursos que están considerados para la reforma la que cuando entre en régimen va a requerir un financiamiento de 150 mil millones de pesos. Este subsidio, pésimamente focalizado, le implica gastos al erario nacional por 92 mil millones de pesos.

Se hizo presente que se está hablando, además, de un subsidio que implica una cantidad significativa de recursos que se gasta en los dos quintiles de más altos ingresos del país. Recuerda que existen estudios

INFORME COMISION SALUD

que señalan que nuestro país está entre los diez que presentan mayores problemas de distribución del ingreso.

Asimismo, se consideró que los antecedentes que ha proporcionado el señor Tockman hacen obligatorio, desde los puntos de vista económico, de la equidad sanitaria y, también, ético y moral, aprobar las disposiciones contenidas en este Título, que cambian radicalmente la forma en que se está financiando actualmente el subsidio maternal.

Se insistió en que todas las mujeres que trabajan y que sean beneficiarias del Fonasa o de una Isapre van a requerir en algún momento de su vida el subsidio pre y posnatal o tendrán que dejar de trabajar para atender alguna enfermedad grave de su hijo menor de un año y seguirán recibiendo su remuneración. Lo único que es nuevo en esta materia es el financiamiento de ese subsidio, que será logrado con la cotización de todos los chilenos.

Este tipo de financiamiento es equitativo desde el punto de vista del género. Por primera vez, se propone que una condición propia de la madre, cual es su embarazo, sea financiado por hombres y mujeres; pero, al mismo tiempo, se sugiere que esos recursos sean reunidos en un fondo maternal solidario con tres fuentes, que sea contributivo y que una de las fuentes sea proporcional a los ingresos de las personas. Es decir, se pretende que imponga una cantidad mayor quien tenga más ingresos, con lo cual se da un sentido de equidad desde el punto de vista de los ingresos, que es lo que se está buscando.

Se enfatizó que en este Título se cumplen todos los requisitos que debe tener una reforma equitativa, solidaria, que hace equidad de género, que focaliza bien los recursos, que le pide una contribución mayor a la gente que tiene más altos ingresos y que focaliza esos recursos en las madres que van a tener necesidad de un financiamiento para su subsidio pre y posnatal.

Se consultó a cuánto ascenderían el aporte fiscal y el Subsidio Compensatorio de los Aportes,

El señor Crispi (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que el 0,6% al quedar establecido por ley como un porcentaje fijo, no permite asegurar con absoluta certeza que ese monto alcanzaría a cubrir las necesidades que efectivamente surjan por efectos del permiso de maternidad. Por tanto, por un mínimo principio presupuestario, debe existir la contingencia adecuada para hacerse cargo del hecho de que la cotización no alcance a cubrir el subsidio, de manera que los derechos de las mujeres queden resguardados de esa forma, independientemente de que la cotización del 0,6% no fuera suficiente para cubrirlos.

En definitiva, precisa que el aporte fiscal será variable y para enterar el monto del subsidio.

Sobre el Subsidio Compensatorio de los Aportes, a que alude la letra c) del artículo 36, expresó que su objetivo es darle aun mayor progresividad a la forma de financiamiento de este subsidio, de manera tal de resguardar que aquellas personas que reciban una renta imponible menor a los

INFORME COMISION SALUD

200 mil pesos no tengan que cotizar por este subsidio y que aquellos cotizantes que tienen rentas entre 200 y 400 mil pesos sólo coticen parcialmente. Por tanto, en este Fondo Maternal Solidario, el Estado, además, entregará un aporte para compensar a los de menores rentas.

En el debate, se destacó que con este Fondo se está creando una política del Estado en torno a la maternidad y que aquí no se pretende beneficiar a unos en perjuicio de otros, sino que considerar la maternidad como un bien social.

En todo caso, se estima que debe buscarse un equilibrio, ya que no se trata de castigar a los que tienen un derecho adquirido, como muchas mujeres de clase media que tienen ese beneficio, todo ello, manteniendo los criterios de focalización.

Finalmente, se consultó a cuanto ascenderá el monto de los aportes del 0,6%.

El señor Tockman (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que, tal como aparece en el informe financiero de este proyecto, el monto es de 49 mil millones de pesos.

Artículo 35, que pasa a ser 23.

Crea el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 36, que pasa a ser 24.

Establece que el Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con el 0,6% de la remuneración, renta o pensión imponible devengada de cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, a que se refiere el Título VI de esta ley.

Se formularon las siguientes indicaciones.

1. Del Ejecutivo, **ad referéndum**, para sustituir las letra a) y c).

"a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento."

"c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, a que se refiere el Título VI de esta ley."

2. De los Diputados Accorsi, Palma y Robles, para agregar las siguientes letras:

INFORME COMISION SALUD

d) Con el 0,3% adicional de las cotizaciones masculinas de las remuneración, renta o pensión imponible y devengada de cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud.

e) Con el 0,3% de aporte de los empleadores por cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación signada con el número 2.

Sometido a votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 37, que pasa a ser 25.

Dispone que con cargo al Fondo Maternal Solidario, la Superintendencia de Seguridad Social pagará, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, los gastos que efectúen por los subsidios a que den lugar el descanso de maternidad, establecido en el inciso primero del artículo 195 y el permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año, establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo.

El Ejecutivo, formuló indicación, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 37.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y el permiso por la enfermedad grave del niño menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las Isapres, deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezca la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación tiene por objeto corregir un error que existe en el artículo del proyecto que señala que los fondos deben ser transferidos al Fondo Nacional de Salud y a la Isapres. La transferencia de los fondos debe hacerse a los entes pagadores.

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 38, que pasa a ser 26.

INFORME COMISION SALUD

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios de que trata este Título se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituir la frase "de que trata este Título" por "y aportes de que trata el artículo anterior".

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 39, que pasa a ser 27.

Señala que los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Trabajo y Previsión Social.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituir las expresiones "Los reglamentos" por "El reglamento" y "deberán" por "deberá".

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 40, que pasa a ser 28.

Establece que el aporte fiscal de que trata este artículo se pagará con cargo al presupuesto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y será concedido y pagado conforme a las condiciones, procedimientos y plazos que fije el reglamento.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 40.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior al que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes."

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 40 bis, nuevo.

Los Diputados Accorsi y Robles formularon indicación para agregar el siguiente artículo 40 bis, nuevo:

"Artículo 40 bis.- La duración del reposo posnatal será de seis meses."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que comparte la intención de los autores de la indicación, pero que como ella irroga gasto fiscal, debe ser analizada en conjunto con otras materias, como las licencias médicas. Una vez que se despache el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud, se compromete a entrar en el estudio de esta materia.

INFORME COMISION SALUD

En la Comisión se recordó que existe un proyecto de acuerdo de la H. Cámara en relación con este tema. Se cree que existe el deber de introducir el tema para su discusión.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró **inadmisibles** la indicación.

TÍTULO VI
DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL
SOLIDARIO

Artículo 41, que pasa a ser 29.

El inciso primero crea el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles, compensándolos por la obligación, definida en el Título V, de aportar al Fondo Maternal Solidario.

El inciso segundo dispone que el monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresada en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento no tendrán derecho a este Subsidio.

El inciso final dispone que para efectos del presente artículo se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

El Ejecutivo formuló indicación, al inciso primero, para suprimir la frase que comienza con la palabra "compensándolos" y termina con la palabra "Solidario" y la coma (,) que le antecede.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación tiene por objeto precisar la norma, evitando cualquier problema posterior de interpretación.

El señor Crispi (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que en el artículo donde se define el aporte al Fondo de Compensación se dice que los aportantes son las instituciones. Al señalar "compensándolos", se produce una contradicción.

Respecto de los guarismos, señala que aquellos cotizantes con rentas menores a 12 unidades de fomento, alrededor de 200 mil pesos,

INFORME COMISION SALUD

recibirán una compensación por el 0,6% que tienen que cotizar, a fin de que no se vean afectados sus planes de salud por efectos de esa cotización y que aquellos que tengan rentas entre 200 mil y 400 mil pesos, 24,5 unidades de fomento, tendrán una compensación parcial. Acota que los guarismos constituyen parámetros de una recta que va entre 200 mil pesos, que recibe el 100% de subsidio, y 400 mil pesos que no recibe subsidio.

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 42, que pasa a ser 30.

Establece que el Subsidio se pagará con cargo al presupuesto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y será concedido, fiscalizado y enterado al Fondo Maternal Solidario por la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a las condiciones, procedimientos y plazos que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El Ejecutivo, formuló indicación para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 42.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda."

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Disposiciones transitorias.**Artículo primero.**

Faculta al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Garantías en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán considerar criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

INFORME COMISION SALUD

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán comprender, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisición y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o en parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

Puesto en votación el artículo **fue rechazado por unanimidad.**

Artículo segundo, que pasa a ser primero.

El inciso primero establece que el primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen. Con todo, el reglamento del referido Consejo será publicado una vez que haya entrado en vigencia el decreto con fuerza de ley a que se refiere el artículo precedente.

El inciso segundo señala que el Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

El inciso tercero dispone que los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen, deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Los Diputados Aguiló, Ojeda y Rossi, formularon indicación para suprimir la frase final del inciso primero.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo tercero.

INFORME COMISION SALUD

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley, el Presidente de la República, al momento de designar los miembros del primer Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, determinará cinco consejeros que permanecerán tres años en sus cargos.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) hizo presente que esta disposición ya no tiene aplicación por cuanto la designación de los miembros del Consejo cambió en forma sustancial.

Puesto en votación el artículo, fue **rechazado por unanimidad.**

Artículo cuarto, nuevo, que pasa ser segundo.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar, a continuación del artículo tercero transitorio, el siguiente artículo cuarto, nuevo:

"Artículo cuarto.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud."

Puesto en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo tercero, nuevo

El Ejecutivo formuló indicación, para agregar, a continuación del artículo 3° transitorio, el siguiente artículo transitorio:

"Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N° 18.418 y sus modificaciones que este último fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N°1.263 de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada."

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

VI.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.

Para efectos reglamentarios, se hace presente que las indicaciones presentadas a este artículo y que no fueron votadas son las siguientes:

a) Indicaciones rechazadas**Artículo 1°.**

1. Del Diputado señor Accorsi, Girardi y Palma, para sustituirlo, por el siguiente:

INFORME COMISION SALUD

“Artículo 1°.- La presente ley establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante el Sistema, que incluye las acciones de Salud Pública y las demás prestaciones a las que tienen derecho los beneficiarios de las leyes 18.469 y 18.933.

El Sistema, será formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo al diagnóstico de salud del país y contendrá las prioridades sanitarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población”.

Artículo 2°.

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo, por el siguiente:

“Artículo 2°.- El Sistema es un instrumento de planificación y contemplará un régimen de garantías en salud que es parte del sistema, el que se elaborará de acuerdo a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas, y a los recursos de que disponga el país.”

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria que será aprobado por ley. El proyecto de Régimen y los de sus modificaciones deberán ser elaborados por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país.”

Artículo 3°.

- De los Diputados Accorsi y Robles, para:

a) Intercalar entre la expresión “asociados a ella” y de “de carácter promocional” la siguiente oración “con criterios de salud pública y considerando el diagnóstico de salud del país”

b) Sustituir las palabras “Fondo Nacional de Salud” por “Sistema Público de Salud”.

Artículo 4°.

- De los Diputados Accorsi, Bayo y Palma, al inciso tercero, para intercalar entre las palabras “calidad” y “deberán” la palabra “técnica” y sustituir la frase “ la evidencia científica” por “los conocimientos y experiencias de nivel mundial”.

Artículo 5°.

- Del Diputado Accorsi, inciso primero, letra b) para intercalar entre la palabra “Estándar” y la preposición “que” la palabra “técnico” y

Artículo 13.

1. Del Diputado Accorsi para sustituir el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: “como por otras instituciones que la ley señale o cree para estos efectos.”

2. Del Diputado Aguiló para suprimir el inciso tercero.

Artículo 14, nuevo.

1. Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo,

INFORME COMISION SALUD

"Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud." ;

Artículo 25, que pasa a ser 14.**Al N° 2, que pasa a ser 4.**

- Del Ejecutivo, para sustituir la letra c) por la siguiente:

"c) Sustitúyase, en el inciso cuarto, la expresión "Los beneficiarios", con que se inicia el inciso, por lo siguiente: "Sin perjuicio de las normas de acceso que determine el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios".

Al N° 6, nuevo.

- De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, para rechazarlo.

Al N° 4, que pasa a ser 8.

.- De los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles, para modificar la letra b) de la indicación del Ejecutivo, en el siguiente sentido, sustituir la palabra "otorgar" por "financiar".

b) Indicaciones inadmisibles**Artículo 6°.**

- De los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi, para agregar, a continuación del inciso tercero los siguientes incisos cuarto y quinto nuevos:

"El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad y pobreza. Los referidos cálculos podrán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de

INFORME COMISION SALUD

riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”

Artículo 8°, nuevo.

- Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente artículo 8°, nuevo:

“Artículo 8°.- Todas las demás acciones de salud, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que deba prestar el Sistema Nacional de Servicios de Salud y demás organismos, como los establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000, del Ministerio de Salud u otros que hayan celebrado convenios con algún Servicio de Salud, se encuentren asimilados a los mismos o ejecuten por cualquier título acciones de las mencionadas por cualquiera de los organismos referidos, deberán ser financiadas por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a sus costos reales, los que serán definidos anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

Del mismo modo, dicho Consejo deberá definir los criterios y parámetros técnicos, sanitarios, médicos y económicos relacionados con la calidad de tales acciones y que deberán observarse respecto de todas ellas.”

Artículo 14.nuevo.

1. De los Diputados Accorsi, Ojeda, Olivares y Robles, para intercalar, el siguiente artículo 14 nuevo:

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional, para asegurar que éste financie el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a dicho Fondo que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud o cuyas cotizaciones no cubran, para si o sus cargas, las necesidades del Régimen de Garantías en Salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.”

2. de la Diputada Cristi y los Diputados Bayo, Forni, Masferrer, Melero y Palma, para incorporar el siguiente artículo 14, nuevo,

“Artículo 14.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen de Garantías en Salud, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa

INFORME COMISION SALUD

indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones se dejará constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo a lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer, conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todo los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”

- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles para sustituir el Título II, por el siguiente:

INFORME COMISION SALUD

"TÍTULO II
DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SALUD
Párrafo 1°

De la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud

"Artículo 15.- Créase la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, en adelante "la Defensoría", organismo fundamentalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Justicia.

Corresponderá a la Defensoría, cautelar los derechos de las personas en salud, establecidos en las leyes relacionadas con el ámbito de la salud, especialmente la ley N° 18.469, la ley N° 18.933, la presente norma y leyes que se dicten y que digan relación con la salud de las personas."

"Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Defensor de derechos en Salud, será el Jefe Superior del organismo, y tendrá la representación judicial y extrajudicial del mismo."

"Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Defensoría, entre otras:

1. Recibir los reclamos que interpongan las personas que se estimen amenazados, perturbados o privados del legítimo ejercicio de algún derecho consagrado en las leyes citadas en el artículo 15 precedente.

2. Conocer, tramitar y resolver las reclamaciones mencionadas en el numeral anterior, conforme al procedimiento contemplado en el Estatuto Orgánico de la Defensoría.

3. Especialmente deberá conocer, tramitar y resolver las reclamaciones de las personas concernientes al acceso; a la oportunidad, a la calidad y a la garantía de financiamiento de las prestaciones en salud; así como al trato y a la información recibida con ocasión de una atención en salud.

4. Mantener un registro actualizado de todas las normas legales que contemplen los derechos de las personas en salud así como un registro jurisprudencial de carácter judicial y administrativo que digan relación con pronunciamiento que incidan o digan relación con los derechos de las personas en salud.

5. Difundir periódicamente información pública en relación con los derechos en salud, así como la doctrina creada en las resoluciones de las reclamaciones de dicho organismo.

6. Informar periódicamente a los organismos de salud públicos y privados, así como a las asociaciones gremiales de personas relacionadas con salud, de las normas y doctrina relativas a los derechos de las personas en salud.

7. Requerir de oficio, los antecedentes que estime necesarios, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de la sujeción a la ley N° 19.628, a cualquier entidad y persona que preste atenciones en salud, las financie o actúe como prestadores, indiferentemente de su calidad o condición jurídica.

INFORME COMISION SALUD

8. Dictar resoluciones de cumplimiento obligatorio en relación con los reclamos conocidos, tramitados y resueltos por este organismo, cualquiera sea la autoridad pública, órgano, personal natural o empresa afectada.

9. Toda otra que señalen las leyes.

Las resoluciones de la Defensoría en el ámbito de los reclamos, tendrán por objeto hacer cumplir los derechos de las personas en salud, en forma obligatoria."

"Artículo 18. Toda personas beneficiaria de las leyes N° 18.469, N° 18.933, de esta ley y de cualquiera otra que se dicte que cree derechos para las personas en salud, o que modifiquen, o que complementen los existentes, podrá recurrir ante la Defensoría frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de las diferentes instituciones o personas que actúan en salud, sean seguros privados, Fondo Nacional de Salud, prestadores públicos o privados u otros relacionados, con el objeto que tal institución proceda en un trámite breve y sumario a investigar los antecedentes y resolver tal reclamo, haciendo cumplir obligatoriamente lo resuelto, y en su caso, restablecer los derechos del reclamantes."

"Artículo 19. Tanto la organización de la Defensoría como su plante de personal, el régimen remuneracional de sus directivos y subalternos así como sus atribuciones, facultades, funciones y obligaciones serán reguladas y precisadas en su Estatuto Orgánico."

"Artículo 20.- En ningún caso, la interposición de un reclamo ante la Defensoría, limita el o los derechos de los beneficiarios de salud a ejercer las acciones judiciales, de cualquier naturaleza, o administrativas que les reconoce el ordenamiento jurídico."

- Para eliminar los artículo 21, 22 y 23.

- Al epígrafe del Párrafo 2º, para intercalar entre la expresión "de la Ley" y el guarismo "18.933, el guarismo y conjunción "18.469 y

- Para intercalar el siguiente artículo 21, nuevo:

"Artículo 21.- Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se financie a los beneficiarios de la ley N° 18.469."

- Para sustituir el artículo 1º transitorio, por el siguiente :

"Artículo 1.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, para dictar y regular, mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministro de Justicia, el que también deberá ser suscrito por el Ministro de Hacienda, el Estatuto Orgánico de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en e ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

INFORME COMISION SALUD

1. Responsabilidad del jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3. Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Régimen de administración aplicable a todos los trabajadores del organismos, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar en todos caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose en todo caso a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7. Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9. Regular el procedimiento de reclamos, la tramitación y resolución de éstos, así como el cumplimiento obligatorio de las resoluciones, pudiendo establecer multas, desde 0,5 a 100 unidades de fomento en caso de incumplimiento, asimismo, duplicarlas en caso de resistencias a cumplir lo resuelto; así también, regular los recursos en contra de las medidas de multa ante la Corte de Apelaciones respectiva."

- De los Diputados Bayo, Hidalgo y Palma, para sustituir el Título II por el siguiente:

"TITULO II

DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

"Artículo 15: Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia, la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la Ley 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país."

INFORME COMISION SALUD

“Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencias, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece las leyes y aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar porque las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud, y sus contratos con los afiliados.”

“Artículo 18.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como arbitro sin ulterior recurso, sin

INFORME COMISION SALUD

perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar porque se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general, aplicación el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y aun representante de Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional, a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo."

"Artículo 19.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedentes que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas, deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones."

"Artículo 20.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente a Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de una multa fluctuará entre 1 a 5 unidades tributarias mensuales podrá ser reiterada una vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor."

INFORME COMISION SALUD

“Artículo 21.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.”

“Artículo 22.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte las Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de 5 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de 5 días hábiles, desde que se interponga.”

“Artículo 23.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas ala fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En' este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los

INFORME COMISION SALUD

tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personales constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación a efectuar consignaciones judiciales."

Artículo 26, que pasa a ser 15.**Al N° 2.**

1.- Del Diputado señor Accorsi, para agregar la siguiente letra a) nueva,

"a) Agrégase, en el numeral 3, a continuación del párrafo segundo, los siguientes párrafos nuevos.

"Asimismo, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional no puedan impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en los Roles de Prestadores de las Instituciones de Salud Previsional que otorgarán las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

Más aún, fiscalizar las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsional y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva."

2. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente número 15, nuevo.

"15) Por último, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) no ejecuten hechos o celebren actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

Al N° 3, que pasa a ser 4.

- Del Ejecutivo, en el artículo 33,
- Para intercalar, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

INFORME COMISION SALUD

- Sustituir, en el párrafo primero de la letra d), la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios, a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias."

AI N° 4.

- Indicación del Ejecutivo, para sustituir el numeral 4, por el siguiente:

"4.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la Ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra d) del artículo 33.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto

El precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios que regula el inciso primero de este artículo, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud, un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

AI N° 6, nuevo.

- Del Ejecutivo, para agregar, a continuación del numeral 4, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo, pasando el actual numeral 5, a ser numeral 7:

"6.- Agrégase, en el inciso primero del artículo 34, antes del punto aparte (.), la siguiente expresión, precedida de una coma

INFORME COMISION SALUD

(,): "siempre que no se trate de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 31 bis".

Al N° 5, que pasaría a ser 7.

- Del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 5, que ha pasado a ser numeral 7, por el siguiente:

"7.- En el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comuniqué la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

ii) Elimínase la oración que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

iii) Elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.".

b) Modifícase el inciso tercero, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Sustitúyanse las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

iii) Intercálase entre las palabras "carta certificada" y "con" la palabra "expedida".

VII.- TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN.

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

PROYECTO DE LEY

TÍTULO I

DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1°

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- La presente ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las

INFORME COMISION SALUD

prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

INFORME COMISION SALUD

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Párrafo 2°**De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 6°.- El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueran necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que consideren, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud, que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°

INFORME COMISION SALUD

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dicho Régimen.

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.
3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los Consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los entregados.

Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de Consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; para dar cuenta pública de sus sesiones; de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

INFORME COMISION SALUD

Párrafo 4°**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones al Régimen incorporarán progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación al Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Párrafo 5°**De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula la presente ley a sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

TÍTULO II**DISPOSICIONES VARIAS**

Artículo 14.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.469:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;".

INFORME COMISION SALUD

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7º, el siguiente artículo 7º bis, nuevo:

"Artículo 7º bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto."

3.- En el artículo 8º:

a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

4.- En el artículo 11:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de

INFORME COMISION SALUD

2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."

b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

5.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."

8.- En el artículo 25:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

9.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

Artículo 15.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2º:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

2.- En el artículo 3º:

INFORME COMISION SALUD

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33 la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:

"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional, dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.

Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

INFORME COMISION SALUD

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional, señaladas en el artículo 31."

4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

Artículo 16.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TÍTULO IV**DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO**

Artículo 17.- Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, el que será supervisado y administrado por el Ministerio de Salud.

Artículo 18.- El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional, por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 19.- El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que corresponda a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 20.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo, edad, situación socioeconómica, condiciones geográficas y medioambientales. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados

INFORME COMISION SALUD

mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Con todo, las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.

Artículo 21.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.

Asimismo, la Superintendencia indicada en el inciso precedente fiscalizará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Título.

Artículo 22.- Los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO V**DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículo 23.- Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 24.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI de esta ley.

Artículo 25.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las Isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la

INFORME COMISION SALUD

forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata, se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 27.- El reglamento a que se refiere el presente Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Trabajo y Previsión Social.

Artículo 28.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO VI**DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículo 29.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos del presente artículo se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

INFORME COMISION SALUD

Artículo 30.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo segundo.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Se designó **DIPUTADO INFORMANTE** al señor **CORNEJO** don Patricio.

SALA DE LA COMISIÓN, a 13 de noviembre de 2002.

Acordado en sesiones de fecha 18 de junio; 2, 3, 9, 16 y 30 de julio; 6, 13 y 20 de agosto; 3, 10 y 11 de septiembre; 1, 8, 15 y 29 de octubre, y 5, 12 y 13 de noviembre, con asistencia del Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) y con la asistencia de la Diputada señora Cristi, doña María Angélica y de los Diputados señores Accorsi, don Enrique; Aguiló, don Sergio; Bayo, don Francisco; Forni, don Marcelo; Girardi, don Guido; Masferrer, don Juan; Melero, don Patricio; Ojeda, don Sergio; Olivares, don Carlos; Palma, don Osvaldo, y Robles don Alberto.

INFORME COMISION SALUD

Asistieron, además, las Diputadas señoras Mella, doña María Eugenia y Saa, doña María Antonieta y los Diputados señores Jarpa, don Carlos Abel; Letelier, don Felipe; Rossi, don Fulvio, y Tarud, don Jorge.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE
Secretario de la Comisión

INFORME COMISION SALUD

ÍNDICE

I.- CONSTANCIAS.....	45
II. ANTECEDENTES.....	45
III. MINUTA DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	53
IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.....	55
IV. 1. EXPOSICIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, DOCTOR OSVALDO ARTAZA.	55
IV. 2. EXPOSICIÓN DEL DOCTOR ÁLVARO ERAZO, DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA).	60
IV. 3. EXPOSICIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.	63
IV. 4. EXPOSICIÓN DEL SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISIÓN DE REFORMA DE LA SALUD, DOCTOR HERNÁN SANDOVAL.	64
IV. 5. EXPOSICIÓN EN REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD DEL DOCTOR CARLOS MONTOYA.	65
IV. 6. EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD, DOCTOR MARIANO REQUENA.	69
IV. 7. EXPOSICIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA SOCIAL DEL INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO, SEÑOR RODRIGO CASTRO.	71
IV. 8. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.	74
IV. 9. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPALIZADA CONFUSAM, DOCTOR ESTEBAN MATURANA.	77
IV. 10. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD, CONFENATS, SEÑOR JORGE ARAYA.	81
IV. 11. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENPRUSS, SEÑOR JUAN DÍAZ.	81
IV. 12. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENTESS, SEÑOR JUAN RAPIMÁN.	83
V.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.....	84

INFORME COMISION SALUD

VI.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.	166
VII.- TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN.	179
PROYECTO DE LEY	179
<i>DISPOSICIONES TRANSITORIAS</i>	190

1.5. Informe Comisión de Hacienda

Cámara de Diputados, 10 de diciembre de 2002. Cuenta en Sesión 31, Legislatura 348.

Informe de la Comisión de Hacienda recaído en el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. (boletín N° 2947-11)

“Honorable Cámara:

La Comisión de Hacienda pasa a informar el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional y conforme a lo dispuesto en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

CONSTANCIAS PREVIAS

1. Origen y Urgencias.

La iniciativa tiene su origen en un Mensaje de S.E. el Presidente de la República, calificada de “simple” urgencia para su tramitación legislativa.

2. Disposiciones o indicaciones rechazadas.

No hay.

3. Artículos que no fueron aprobados por unanimidad.

Los artículos 24 al 30 y los artículos 1° y 3° transitorios.

-o-

Asistieron a la Comisión durante el estudio del proyecto los señores Osvaldo Artaza, ministro de Salud; Marcelo Tokman, coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda; Jaime Crispi, jefe de Estudios de la Dirección de Presupuestos, y Andrés Romero, jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud. Concurrieron, asimismo, los señores Karlfranz Koehler, abogado de la Fundación Jaime Guzmán y Germán Concha, asesor de la Unión Demócrata Independiente.

El propósito de la iniciativa consiste en adecuar la actual estructura institucional de salud para que la población ejerza los derechos que el régimen de garantías en salud le otorga. Con tal objeto, se definen las patologías y las prestaciones vinculadas a éste, así como las garantías explícitas, otorgándole los medios necesarios para hacer efectivas tales garantías.

El proyecto se encuentra estructurado en 30 artículos permanentes, divididos en tres títulos y en tres disposiciones transitorias.

El título I, del Régimen de Garantías en Salud, consta de cinco párrafos y comprende los artículos 1° al 13.

El título II, Disposiciones Varias, comprende los artículos 14 al 16.

El título III, Del Fondo de Compensación Solidario, va de los artículos 17 al 22.

El título IV, Del Fondo Maternal Solidario, comprende los artículos 23 al 28.

INFORME COMISION HACIENDA

El título V, Del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, consta de los artículos 29 y 30.

En el debate de la Comisión, intervino primeramente el señor Osvaldo Artaza, quien manifestó que algunos asuntos no fueron debidamente resueltos en la Comisión Técnica, durante el primer trámite reglamentario, por lo que el Ejecutivo presentará algunas indicaciones al proyecto en Sala, que se referirán a los siguientes aspectos: a) la creación de una Superintendencia única, b) la creación de un fondo para ajuste de riesgos, c) la incorporación de enfermedades no contempladas en el régimen de garantías, y d) la regulación de la modalidad de libre elección.

El informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, con fecha 28 de mayo de 2002, establece que los recursos fiscales requeridos para financiar el régimen de garantías en salud se determinarán en la ley de Presupuestos de cada año, a contar de la entrada en vigencia del primer régimen. Estos recursos provendrán de las cotizaciones de los afiliados y del aporte fiscal que permitirá, a través de un fondo solidario, financiar las cotizaciones de los indigentes. A efectos de financiar mayores niveles de garantías, se contempla que este aporte fiscal se incremente con el producto de aumentos impositivos a productos dañinos para la salud, con el crecimiento de la economía y con aumentos de eficiencia. Estas fuentes de financiamiento se abordan en el proyecto de ley de financiamiento de la reforma a la salud (Boletín N° 2.982-11).

Tanto el Consejo Consultivo como la Superintendencia que se crean por el proyecto se financian con cargo al presupuesto anual del Ministerio de Salud, por lo que no representarán costo adicional para el año 2002 y siguientes.

Conforme a lo anterior, se expresa que el proyecto no presenta costo fiscal directo para el año 2002, y que respecto a los años siguientes, su costo se especificará en la ley de Presupuestos respectiva.

El informe financiero complementario de fecha 1 de julio de 2002, señala que las indicaciones del Ejecutivo tienen las implicancias financiera que se especifican a continuación:

1. Mayores ingresos del Fondo Nacional de Salud, por la obligatoriedad de cotización para salud de los trabajadores independientes. En una primera instancia, considerando que parte de los trabajadores independientes que actualmente no cotizan para salud lo harían en Instituciones de Salud Previsional, se estima que al entrar en vigencia la iniciativa el Fondo Nacional de Salud podría obtener un aumento de sus cotizaciones anuales equivalentes a \$ 3.142 millones.

2. Menor gasto fiscal por la instauración del Fondo Maternal Solidario que tendrá por objeto financiar los gastos que efectúen las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud por los subsidios a que den lugar el descanso de maternidad, establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año, establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo. La instauración de este fondo, tomando como referencia el gasto efectivo incurrido en los subsidios señalados en el año 2001, implicaría un menor gasto fiscal de \$ 82.685 millones.

INFORME COMISION HACIENDA

Con todo, el fisco asume el pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario que se establece en el proyecto, y de los menores ingresos del Fondo Nacional de Salud producto de sus aportes al Fondo Maternal Solidario. Este gasto se estima en \$ 33.568 millones anuales, tomando como referencia el gasto efectivo del año 2001, por lo que la disponibilidad neta de recursos fiscales sería de \$ 49.117 millones.

Estos recursos formarán parte del financiamiento del conjunto de iniciativas bajo el concepto de reasignación presupuestaria facilitadas por ganancias de eficiencia y focalización del gasto público, de que da cuenta el informe financiero N° 33 (proyecto de financiamiento).

La Comisión de Salud dispuso en su informe que esta Comisión tomara conocimiento de los artículos 4º, 6º; de los títulos IV y V, y del artículo tercero transitorio del proyecto aprobado por ella. Por su parte, la Comisión de Hacienda acordó incorporar a su conocimiento los artículos 3º, 5º letra d), y 1º transitorio del proyecto aprobado por la Comisión técnica, en conformidad al numeral segundo del artículo 220 del Reglamento.

En relación con la discusión particular del articulado, cabe señalar lo siguiente: En el artículo 3º, se señala que el Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

El señor Osvaldo Artaza explicó que cada cierto período de tiempo se definirán las prioridades sanitarias, sin detrimento de las demás prestaciones, siendo ello obligatorio para las isapre y el Fonasa.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 4º, se dispone que el Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

En el inciso segundo, se determina que la oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

En el inciso tercero, se establece que los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

En el inciso cuarto, se estipula que para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

En el inciso quinto, se señala que las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los

INFORME COMISION HACIENDA

beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

El diputado Álvarez, don Rodrigo, planteó una aprensión acerca de si los estándares de calidad serán en base a una media del sistema. Al respecto, manifestó su preocupación de que se presenten futuras demandas por no haberse otorgado las prestaciones de una cierta calidad. Mencionó que en los Estados Unidos de Norteamérica existe un grave problema con las demandas presentadas por los pacientes alegando que las prestaciones recibidas estarían bajo el nivel que se les debiera haber otorgado.

El señor Osvaldo Artaza sostuvo que el Consejo considerará la evidencia científica verificable en el mundo y, conjuntamente, lo contrastará con la experiencia costo -efectividad de la prestación. Aseguró que este mecanismo protegerá al sistema de las discusiones judiciales y será su principal protección.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 5º, se precisa que para los efectos de esta ley, se entiende por:

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Puesta en votación esta letra del artículo 5º fue aprobada por unanimidad.

En el artículo 6º, se dispone que el Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el ministro de Hacienda.

En el inciso segundo, se señala que corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueran necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

En el inciso tercero, se contempla que un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que consideren, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

En el inciso cuarto, se establece que el referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad, y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas

INFORME COMISION HACIENDA

u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

En el inciso quinto, se estipula que considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

El diputado Jaramillo, don Enrique, consultó cómo se definirá el marco de recursos en la puesta en marcha del sistema.

Por su parte, el diputado Dittborn, don Julio, preguntó si la determinación de las referidas prioridades coincidirá con el término del período de tres años en que las isapre puedan revisar y ajustar sus planes de salud, inquietud que le nace ya que la fijación de costos en el ámbito de la salud en el mediano y largo plazo resulta incierta, por lo que es probable que las isapres tiendan a sobrestimar dicho aumento de costos.

El señor Osvaldo Artaza hizo presente que el Consejo deberá establecer los niveles disponibles para las prioridades en salud, según los recursos que se contemplen cada año en la ley de Presupuestos y que la prima universal estará vinculada al valor del seguro y otros factores. Por otra parte, estimó que tres años es un período razonable para actualizar prioridades y revisar y ajustar planes de salud.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

Por el artículo 23, se crea el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Puesto en votación este artículo fue aprobado en forma unánime.

En el artículo 24, se dispone que el Fondo Maternal Solidario se constituirá:

- a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;
- b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI de esta ley.

En relación con este artículo, el señor Dittborn, don Julio, planteó que la letra a) establece un verdadero impuesto a las isapres, el que, obviamente, será traspasado a los afiliados, razón por la cual el proyecto, conjuntamente con lo anterior, contempla un subsidio para compensar la situación descrita. Por su parte, anunció que, en su oportunidad, se planteará cuestión de constitucionalidad respecto de esta disposición.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 5 votos en contra.

En el artículo 25, se preceptúa que la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos

INFORME COMISION HACIENDA

correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En el inciso segundo, se contempla que, asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

En el artículo 26, se determina que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata, se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

En el artículo 27, se establece que el reglamento a que se refiere el presente Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el ministro de Hacienda y el ministro de Trabajo y Previsión Social.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

En el artículo 28, se estipula que el Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 5 votos en contra.

Por el artículo 29, se crea el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

En el inciso segundo, se precisa que el monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

INFORME COMISION HACIENDA

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar - 0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

En el inciso tercero, se señala que para efectos del presente artículo se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

El señor Jaime Crispi puntualizó que el objetivo perseguido por estas disposiciones es focalizar el uso de los recursos públicos, particularmente en materia de subsidio maternal y que no se estaría en presencia de un impuesto, sino de un mecanismo de financiamiento de una prestación social.

El diputado Aguiló, don Sergio, recordó que en el período comprendido entre los años 1980 y 1986, las isapres se hicieron cargo del 100% del subsidio maternal. Manifestó además que, a su entender, una parte de la cotización se destinará a cubrir el subsidio, lo que constituye una prestación de seguridad social y no impuesto.

El diputado Dittborn, don Julio, expresó que los recursos de que se trata provendrán de la cotización previsional de cada afiliado.

El señor Osvaldo Artaza manifestó que los recursos provendrán del conjunto o colectivo de cotizaciones y no del afiliado en particular.

El diputado Silva, don Exequiel, señaló que, actualmente, existe un subsidio a las isapre, que es el subsidio maternal. De conformidad con lo propuesto en el proyecto, en el futuro este subsidio será parcial. Sostuvo que, en definitiva, mal puede hablarse de un impuesto.

La diputada Cristi, señora María Angélica, argumentó que la propuesta implica focalizar con fondos privados, puesto que el subsidio será cancelado con los aportes del resto de los cotizantes.

El señor Osvaldo Artaza hizo hincapié en que el reposo maternal es una cuestión de suyo importante, razón por la cual una parte de la cotización se destinará a ese fin.

La diputada Cristi, señora María Angélica, afirmó que el Estado hará un importante ahorro en materia de subsidios, puesto que cerca del 80% del subsidio maternal se destina a las rentas de mayores ingresos y el resto va a las rentas más bajas.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 7 votos a favor y 6 votos en contra.

En el artículo 30, se contempla que el Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades

INFORME COMISION HACIENDA

de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el ministro de Hacienda.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

En el artículo primero transitorio, se señala que el primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

En el inciso segundo, se establece que el Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

En el inciso tercero, se dispone que los contratos de salud previsual que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

En el artículo tercero transitorio, se preceptúa que el Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título IV de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N° 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

Sala de la Comisión, a 6 de diciembre de 2002.

Acordado en sesión de fecha 3 de diciembre de 2002, con la asistencia de los diputados señores Lorenzini, don Pablo (Presidente); Aguiló, don Sergio; Álvarez, don Rodrigo; Cardemil, don Alberto; Cristi, señora María Angélica; Dittborn, don Julio; Escalona, don Camilo; Hidalgo, don Carlos; Jaramillo, don Enrique; Ortiz, don José Miguel; Silva, don Exequiel; Tohá, señora Carolina, y Von Mühlenbrock, don Gastón.

Se designó diputado informante al señor Álvarez, don Rodrigo.

(Fdo.): JAVIER ROSSELOT JARAMILLO, Abogado Secretario de la Comisión".

DISCUSIÓN SALA

1.6. Discusión en Sala

Legislatura 348, Sesión 34, 12 de diciembre de 2002. Aprobado en general.

**ESTABLECIMIENTO DE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.
Primer trámite constitucional.**

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Corresponde conocer, en primer trámite constitucional, el proyecto que establece un régimen de garantías en salud.

Diputados informantes de las Comisiones de Salud y de Hacienda son los señores Cornejo y Álvarez, respectivamente.

Antecedentes:

-Mensaje, boletín N° 2947-11, sesión 2ª, en 4 de junio de 2002. Documentos de la Cuenta N° 1.

-Informes de las Comisiones de Salud y Hacienda, sesión 31ª, en 10 de diciembre de 2002. Documentos de la Cuenta N°s 21 y 22, respectivamente.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Recuerdo a la Sala que el acuerdo de los Comités fue destinar tres horas para la discusión del proyecto y, posteriormente, votarlo en general. Además, debe volver a comisiones porque ha sido objeto de indicaciones.

Tiene la palabra el diputado informante de la Comisión de Salud, señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señora Presidenta, en representación de la Comisión de Salud, me corresponde informar, en primer trámite constitucional y reglamentario, sobre el proyecto de ley que crea el denominado Régimen de Garantías en Salud, también conocido como sistema Auge.

Como es de vuestro conocimiento, el problema sanitario es una prioridad programática del actual Gobierno, plasmada en el envío a la Cámara de Diputados de un total de cinco proyectos que contienen importantes modificaciones a la estructura de la salud del país e incorporan un nuevo concepto que permite garantizar las prestaciones de salud a los beneficiarios, tanto públicos como privados, y que en su conjunto constituyen lo que se ha dado en llamar reforma de la salud.

Hace 50 años, en 1952, Chile dio un gran paso al crear el Servicio Nacional de Salud, SNS, y el Estatuto Médico Funcionario, que significaron un debate ciudadano, gremial y parlamentario, que duró aproximadamente seis años y que dio como resultado la ampliación de los beneficios sanitarios a la gran masa de la población del país y el establecimiento de una estructura

DISCUSIÓN SALA

nacional que definió la responsabilidad del Estado en la salud pública.

En ese momento, el país supo definir sus prioridades sanitarias y ordenar sus recursos, a fin de proteger eficazmente la salud de la madre y del niño y de controlar las enfermedades infecciosas, ámbitos en los cuales se concentraban los mayores problemas de salud. Como resultado de ello, hoy podemos exhibir bajas tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna por distintas causas; asimismo, se puede advertir la eliminación de las enfermedades infectocontagiosas casi totalmente, de la tuberculosis, de la desnutrición infantil, y un notable incremento de las expectativas de vida, indicadores que nos colocan a la vanguardia en América Latina y muy cerca de algunos países de Europa.

En la década de los años 80, tanto el sistema de salud como la cultura sanitaria se debilitaron debido a la fragmentación del SNS, a la municipalización de la atención primaria y a la creación de un mercado de seguros de salud con fuertes subsidios estatales. Esa tendencia se agudizó durante ese período por la falta de inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos en el sector público. El promedio anual de inversión sectorial en esa década fue de 8 mil 100 millones de pesos.

En la década de los años 90 se realizó un considerable esfuerzo de inversión para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública de hospitales, consultorios y postas rurales. El promedio anual de inversiones en este período fue de 46 mil 729 millones de pesos, es decir, seis veces más que en la década anterior. Igualmente, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector, médicos diurnos y de urgencia, profesionales de la salud, técnicos, auxiliares y administrativos, y se completaron las dotaciones que acusaban serios déficit en todo el país.

Sin embargo, a pesar de los significativos esfuerzos de inversión y de los excelentes indicadores biomédicos alcanzados, aún se observan importantes problemas en la salud de los chilenos, que es necesario resolver. En el sector público, rechazos en consultorios y listas de espera en los hospitales, preocupante déficit de cobertura en salud mental y atención odontológica, falta de resolutiveidad en el nivel primario de atención, falta de especialistas, especialmente en regiones, seria limitación de recursos y problemas de gestión, que se expresan en una deuda hospitalaria que se reproduce periódicamente.

Por su parte, en el sector privado opera con la lógica del mercado, esto es, quien más paga, obtiene mayor protección, lo que se contradice con la lógica sanitaria de que a los más enfermos hay que prodigarles mayores cuidados. Enfermedades preexistentes, exclusiones y carencias son la característica de los actuales planes de salud de las isapres, lo que redundo en importantes vacíos de cobertura. Selección adversa de riesgos, subsidios directos e indirectos, también dan cuenta de una inequidad del sistema mismo.

La sociedad chilena no puede seguir tolerando setecientas muertes anuales por cáncer cervicouterino, 2 mil muertes al año por cáncer vesicular -1.600 de las cuales son producidas en pacientes pobres y de baja

DISCUSIÓN SALA

escolaridad-, esperas de dos años para ser operado de cataratas, la ruina familiar frente a un examen de alto costo o a un tratamiento prolongado en las llamadas "enfermedades de costo catastrófico", mortalidad infantil de 42 por mil nacidos vivos en Puerto Saavedra y de dos por mil en Vitacura, y otras inequidades que dan cuenta de una verdadera epidemiología de las desigualdades que no puede continuar.

Todo esto es evitable. Por ello, se postula una reforma a la salud cuyos pilares básicos sean el derecho a la salud, a la equidad, a la solidaridad, a la eficacia, a la eficiencia y a la participación social.

Concurrieron a la Comisión de Salud, donde fueron escuchados sus planteamientos, el ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza Barrios; el director del Fondo Nacional de Salud, doctor Álvaro Erazo Latorre; el superintendente de Isapres, señor José Pablo Gómez; el secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma, doctor Hernán Sandoval; los representantes de la Sociedad Chilena de Salubridad, doctores Mariano Requena y Carlos Montoya; el director del programa social del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Rodrigo Castro; el presidente del Colegio Médico de Chile, doctor Juan Luis Castro; el presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal, Cofusam, doctor Esteban Maturana; el presidente de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud, Confenats, señor Jorge Araya; el presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, Fenpruss, señor Juan Díaz; el presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, Fentess, señor Juan Rapimán.

Además, se debe consignar el desarrollo de un seminario, a la manera de jornada temática, organizado por la Comisión de Salud el 10 de mayo de 2002, en Valparaíso, el que versó sobre "La reforma de la salud". Allí se contó con la participación de 450 personas y la presencia del señor ministro de Salud, del subsecretario de Salud, del director del Fonasa, representantes de todos los gremios señalados, de la asociación de isapres y de los prestadores privados. Se trabajó en cuatro comisiones paralelas, y las conclusiones del certamen fueron repartidas a todos los señores diputados. El informe emanado de ese trabajo se encuentra en los escritorios de los señores diputados.

Igualmente, es necesario destacar la audiencia pública realizada por las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, celebrada en Santiago el 29 de julio de 2002, a la que asistieron 110 personas. En la ocasión, hicieron uso de la palabra 14 dirigentes, entre los que se contaban el ministro de Salud, el presidente del Colegio Médico, el presidente de la asociación gremial de clínicas y hospitales privados, señor Máximo Silva; el presidente de la Corporación de afiliados y usuarios de isapres, Corpusapres, señor Pedro Barría; el presidente de la Confusam, doctor Esteban Maturana; el presidente de la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios, Conadecus, don Ernesto Benado; el presidente de Fenpruss, señor Juan Díaz; el representante de la Corporación Vivo Positivo, señor Rodrigo Pascal; el presidente de la Corporación de la Fibrosis Quística del Páncreas, don

DISCUSIÓN SALA

Patricio Lira; el gerente de estudios para la Asociación de Isapres, don Gonzalo Simón; el presidente de la Confenats, señor Jorge Araya; el director del hospital de Talcahuano, doctor Rubén Puentes, y el presidente de la asociación gremial de centros médicos, pymes de la salud, señor David Peralta.

El título I, párrafo 1, se refiere a las disposiciones generales, que abarcan los artículos 1º al 5º.

Primero, se establece que el régimen de garantías en salud es un instrumento sanitario nuevo, que busca garantizar a todos los chilenos altos niveles de calidad en las prestaciones, plazos de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y protección financiera al momento de enfermar, de modo que ninguna familia sufra la ruina económica frente a episodios de morbilidad, agudos o crónicos. En este sentido, el plan considera tanto a los beneficiarios del sistema público, financiados por Fonasa, como a los beneficiarios del sistema privado, atendidos por las isapres.

Por lo tanto, este régimen de garantías en salud se incorpora como parte integrante de las leyes que regulan a ambos sectores -la ley N° 18.469, del sector público, y la ley N° 18.933 o de isapres-, y es obligatorio para estos dos regímenes y exigible ante las instancias que se crean en esta futura ley.

Segundo, se crea el concepto de plan nacional de salud, conjunto organizado e integrado de acciones cuya meta es obtener la mejor salud para los chilenos, y que está compuesto, al menos, por los siguientes aspectos: objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas, factores ambientales y recursos disponibles del país.

Este plan nacional de salud, que se constituye como carta de navegación de la salud chilena, también está señalado en el artículo 1º, numeral 1, del proyecto de ley modificatorio del decreto ley N° 2.763, que la Cámara despachara recientemente al Senado, y que, junto con esta iniciativa, es parte integrante de las llamadas "leyes de la reforma de la salud", que, como vemos, se relacionan unas con otras.

En la disposición de la referida iniciativa se señala que será función del Ministerio de Salud formular el plan nacional de salud, para lo cual convocará a un consejo consultivo de salud, conformado por representantes de instituciones de salud, prestadores públicos y privados, sociedades científicas, colegios profesionales, gremios de la salud y organizaciones de usuarios.

Tercero, se indica también en este párrafo que el régimen de garantías en salud se deberá dar sin perjudicar las demás prestaciones que no tengan el nivel de garantías establecidos en él. Por lo tanto, no deberá significar postergaciones ni rechazos al resto de las atenciones que deben obtener los beneficiarios de las leyes N°s 18.469 y 18.933.

Se definen también los siguientes conceptos:

"a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y

DISCUSIÓN SALA

condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

“b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas...”.

“c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de prestaciones de salud,...”.

“d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale”.

En el párrafo 2º, artículos 6º y 7º, se señala que el régimen de garantías en salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del consejo consultivo del régimen, y aprobado por decreto supremo de los ministerios de Salud y de Hacienda.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del régimen de garantías en salud, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios epidemiológicos, nacionales y regionales, que consideren, al menos, la carga de enfermedad y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida por los usuarios, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, lo que será evaluado para definir la estructura, contenidos y sus garantías explícitas; oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del régimen de garantías en salud, la prima universal, la tabla de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad, y un índice de siniestralidad.

Estos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantía de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del régimen de garantías en salud, la que será sometida a la opinión del consejo consultivo del régimen.

En el párrafo 3º, que considera los artículos 8º al 11, se crea el consejo consultivo del régimen de garantías en salud, con carácter asesor y técnico. Su composición estará dada por nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el ministro de Salud. Seis de ellos, a lo menos, serán designados en representación de las siguientes instituciones: dos, de las sociedades científicas del área de la salud; dos, de las facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado, y dos, de las facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

Durarán tres años en su cargo, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

DISCUSIÓN SALA

También existirá un secretario ejecutivo, nombrado por el ministro de Salud, que realizará las labores que determine el reglamento.

El consejo consultivo del régimen deberá emitir opinión fundada dentro del plazo que fije el reglamento sobre el régimen de garantías en salud, el cual será considerado por el ministro de Salud en la definición final, para lo cual deberá contar con estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el propio Ministerio de Salud o de otras fuentes.

Mediante un reglamento se establecerá el funcionamiento del consejo.

En el párrafo 4º, el artículo 12 regula la revisión del régimen de garantías en salud, la que deberá ser hecha cada tres años, contados desde la fecha de su aprobación. El Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de ese plazo mediante decreto supremo fundado.

Las modificaciones al régimen incorporarán progresivamente, y en forma incremental, los problemas sanitarios priorizados. Ellas entrarán en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo.

Si no hubiera modificaciones en los plazos establecidos, se entenderá prorrogado por tres años el régimen vigente.

En el párrafo 5º, el artículo 13 define que las garantías establecidas en esta ley deberán ser cumplidas en forma obligatoria, tanto por el Fonasa como por las isapres, a sus respectivos beneficiarios.

Indica que los prestadores a través de los cuales se entregue el régimen de garantías en salud, deberán estar, necesariamente, acreditados ante la autoridad sanitaria, y, además, cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el régimen de garantías en salud haya definido la misma autoridad sanitaria.

Agrega que para tener acceso a las garantías del régimen, los beneficiarios de la ley N° 18.469, de Fonasa, deberán acceder a la red asistencial a través del nivel primario correspondiente, salvo en los casos de urgencias debidamente calificados y demás situaciones que señale el reglamento.

Este artículo establece, además, que la red asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que hayan suscrito convenios para el otorgamiento del régimen de garantías en salud.

Título II, Disposiciones varias. (Artículos 14, 15 y 16).

Este título modifica las leyes N° 18.469, relacionada con el sistema público de salud, y N° 18.933, de Isapres, para hacerlas compatibles con el nuevo régimen de garantías en salud, definido en los artículos anteriores de este cuerpo legal.

El artículo 14 modifica la ley N° 18.469.

Primero, en su artículo 5º. Crea, además, un nuevo artículo 7º bis, a través del cual se permite la afiliación al régimen de esta ley a los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión, para lo cual se establecen las condiciones de acuerdo con las cuales se determinará la cotización que ellos deberán enterar directamente

DISCUSIÓN SALA

en el Fonasa.

Se faculta, igualmente, a la Tesorería General de la República para retener eventuales devoluciones del impuesto a la renta de los trabajadores independientes que no hubieren enterado las cotizaciones pactadas, las que serán remitidas al Fonasa.

Se agrega, en el artículo 8º, una nueva letra d), que incorpora el régimen de garantías en salud como uno de los conjuntos de prestaciones a los que tienen derecho los beneficiarios de la ley N° 18.469.

En el artículo 11 se precisa que las prestaciones del régimen se otorgarán por los servicios de salud, los establecimientos experimentales creados por los DFL N°s 29, 30 y 31, de 2000, y por los establecimientos municipales de atención primaria de salud.

En el artículo 13 se estipula el acceso de las prestaciones del régimen de garantías en salud a la modalidad de libre elección de Fonasa.

Se agrega, al artículo 18, una disposición para que sólo los trabajadores independientes que estén afectos a un régimen previsional o sistema de pensiones puedan tener acceso al beneficio del subsidio de incapacidad laboral por enfermedad común o accidente no laboral.

En el artículo 19 se establece que sólo las trabajadoras independientes que estén afectas a un sistema de pensiones o régimen previsional, tendrán derecho al descanso maternal y al subsidio de maternidad.

Se reemplaza el inciso segundo del artículo 25, en el sentido de establecer que las isapres estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el régimen de garantías en salud, más las prestaciones contempladas en el arancel de la modalidad de libre elección de Fonasa, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establezcan en la ley N° 18.933.

Se deroga el inciso tercero de este artículo, que permitía retornar automáticamente al régimen de la ley N° 18.469 al término de un contrato con una isapre.

En el artículo 28 se precisa que el régimen de garantías en salud tendrá también el copago correspondiente, de acuerdo a lo prescrito en la ley N° 18.469.

El artículo 15 introduce modificaciones a la ley N° 18.933, de Isapres, en el siguiente sentido:

En el artículo 2º, para agregar la expresión "plan" o "plan convenido", que incluirá el régimen de garantías en salud, los demás beneficios obligatorios y las prestaciones complementarias que se convengan.

En el artículo 3, sobre funciones y atribuciones de la Superintendencia; en el numeral 9 y numeral 14, nuevo, se establecen nuevas facultades a la Superintendencia de Isapres para dictar normas que permitan tener mayor claridad en los contratos de isapres para ajustarlos a la presente ley y para que se requiera de los prestadores la información que acredite el cumplimiento de normas de acceso, calidad, oportunidad y demás beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios.

DISCUSIÓN SALA

Se crea el artículo 31 bis, nuevo, que establece las condiciones y forma en que los trabajadores independientes podrán afiliarse a una isapre, la forma de cálculo de la cotización, el derecho al subsidio de incapacidad laboral o maternal, sólo si cotizan en un régimen previsional o de pensiones; además, faculta a la Tesorería General de la República para retener la devolución de impuestos por cotizaciones impagas y a enterarlas en las isapres correspondientes.

En el artículo 33 se establecen mayores precisiones en las siguientes estipulaciones que se deben consignar en los contratos entre el afiliado y la isapre:

- a) Porcentaje de cobertura en los planes complementarios al régimen de garantías en salud.
- b) Señalar los mecanismos para otorgar todas las prestaciones y beneficios que norma la ley N° 18.933, y los demás que queden consignados en los contratos.

El artículo 16 indica que, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de garantías en salud, todas las prestaciones establecidas en otras normas legales mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, ley N° 18.948, ley N° 19.086, ley N° 19.123, ley N° 19.779, DL N° 1.757, de 1977; DL N° 1.772, de 1977, y DL N° 2.859, de 1979. Estas disposiciones rigen a las instituciones de las Fuerzas Armadas, a Gendarmería y también lo que se establece en materia de medicina preventiva.

Título IV, Del Fondo de Compensación Solidario. (Artículos 17 al 22).

El artículo 17 crea el Fondo de Compensación Solidario entre instituciones de salud previsional, el que será supervisado y administrado por el Ministerio de Salud.

Artículo 18. El objeto del Fondo de Compensación Solidario es compensar, entre sí, a las isapres por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la prima universal del régimen de garantías en salud.

Artículo 19. Señala que el Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente al de la prima universal del régimen de garantías en salud, por cada uno de los beneficiarios de las isapres.

Artículo 20. Indica que para la respectiva compensación, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de la tabla de un ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variable de sexo, edad, situación socioeconómica, condiciones geográficas y medioambientales. Los factores de ajuste de riesgo serán determinados a través de un decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las isapres podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional la utilización de mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.

Artículo 21. Señala que las isapres deberán entregar toda la información a la Superintendencia para efectuar la compensación que se establece en este título.

DISCUSIÓN SALA

Asimismo, se le otorga a la Superintendencia facultad para fiscalizar el cumplimiento de todo aquello que dice relación con el fondo de compensación solidario.

Por último, se establece que los reglamentos a que se refiere este título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y, además, ser suscritos por el ministro de Hacienda.

Título V, Del Fondo Maternal Solidario. (Artículos 23 al 28).

Por el artículo 23, se crea el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 24. El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

- a) Con un aporte de las isapres y del Fonasa, equivalente al 0,6 por ciento de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus afiliados.
- b) Con el aporte fiscal que contemple para estos efectos la ley de Presupuestos de cada año, y
- c) Con los recursos fiscales destinados al pago del subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el título VI de esta iniciativa.

Artículo 25. Señala que será la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, la que transferirá a los servicios de salud, cajas de compensación de asignación familiar o instituciones de salud previsional, los recursos correspondientes para el pago del subsidio por descanso maternal y del subsidio por enfermedad grave del hijo menor de un año, establecidos ambos en el Código del Trabajo.

Artículo 26. El pago de los subsidios se hará por el servicio de salud, caja de compensación o isapre, según corresponda.

Artículo 27. Establece que el reglamento a que se refiere este título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud, y ser suscrito, además, por el ministro de Hacienda y por el ministro del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 28. Establece que el Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual, que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo, y suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución y los montos que deban pagarse.

Título VI, Del subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario. (Artículos 29 y 30).

Se crea el subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario, cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del subsidio será el equivalente, en moneda nacional, de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fonasa o a una isapre, expresada en unidades de fomento, por:

- a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior a 12 unidades de fomento.
- b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -

DISCUSIÓN SALA

0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente de 12 unidades de fomento, e inferior o igual a 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con remuneración, renta o pensión imponible superior a 24,5 unidades de fomento no tendrán derecho a este subsidio.

Para efectos del presente artículo, se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión mensual del afiliado.

Artículo 30. El subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, de acuerdo con el procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el ministro de Hacienda.

En las disposiciones transitorias, el artículo primero establece que el primer régimen de garantías en salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del consejo consultivo de dicho régimen.

El régimen mismo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del régimen deberán ajustarse a él, y aquellos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Según el artículo segundo, el Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario, entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer régimen de garantías en salud.

El artículo tercero establece que el Fondo Maternal Solidario será el continuador del Fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía.

Puesto en votación el proyecto en general, fue aprobado por la unanimidad de los diputados miembros de la Comisión de Salud presentes.

En la discusión particular, se modificó el artículo 1º, sin cambiarlo en su esencia.

El artículo 2º se modificó en el sentido de introducir el concepto de plan nacional de salud.

En el artículo 9º se modificó la composición del consejo consultivo del régimen. La propuesta del Ejecutivo era que los nueve miembros fueran nombrados por el Presidente de la República. La indicación parlamentaria consiste en que seis de ellos serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

- a) Dos, de las sociedades científicas de salud.
- b) Dos, de facultades de medicina de universidades estatales o reconocidas por el Estado.
- c) Dos, de las facultades de economía o administración de universidades

DISCUSIÓN SALA

estatales o reconocidas por el Estado.

En el artículo 10 se introduce una modificación al proyecto del Ejecutivo, en el sentido de que el consejo consultivo del régimen deberá actuar conforme al plan nacional de salud.

En el artículo 12, otra, para agregar que en la revisión del régimen por el consejo consultivo, éste, en ningún caso, podrá limitar o disminuir los derechos de las personas en salud.

El artículo 13 desató controversia, por cuanto establece que para obtener las garantías del régimen, será necesario acceder a la red asistencial correspondiente siempre por el nivel primario de atención, disposición que sería atentatoria contra la libertad de elección. Sin embargo, se aprobó en ese sentido.

El artículo 14, nuevo, del Ejecutivo, que otorga el régimen de garantía en salud a los indigentes sólo con aporte fiscal, fue rechazado por la Comisión de Salud.

El título II, de los artículos 15 al 24, que se refería a la fiscalización y control del régimen y proponía una superintendencia de garantías en salud, se rechazó completamente, al igual que la idea de crear una defensoría de los derechos de las personas en salud, que reemplazaría a la Superintendencia, propuesta por varios diputados de la Comisión de Salud.

El artículo 24 también fue rechazado. Se proponía que el control y fiscalización del régimen para los beneficiarios de la ley N° 18.933 estuviera a cargo de la Superintendencia de Isapres. Por lo tanto, el artículo 25 pasó a ser 14.

En el título IV, que incluye los artículos 17 al 22, se aprobó la idea de crear el Fondo de Compensación Solidario, pero solamente restringido para las instituciones de salud previsual.

El título V, de los artículos 23 al 28, se aprobó sin mayores modificaciones.

El título VI, que contiene los artículos 29 y 30, también se aprobó sin mayores modificaciones.

En las disposiciones transitorias, se rechazó el artículo primero, el cual facultaba al Presidente de la República para, mediante decreto con fuerza de ley, regular la Superintendencia de garantías en salud.

También se rechazó el artículo tercero transitorio.

Los demás fueron aprobados por la Comisión de Salud.

El proyecto de ley no contiene normas de carácter orgánico constitucional ni de quórum calificado, y la Comisión de Salud acordó remitir a la Comisión de Hacienda los artículos 4º y 6º permanentes, los títulos V y VI, y el artículo tercero transitorio.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado informante de la Comisión de Hacienda.

DISCUSIÓN SALA

El señor **ÁLVAREZ.-** Señora Presidenta, el proyecto de ley establece un régimen de garantías en salud. Se origina en un mensaje del Presidente de la República y tiene urgencia calificada de "simple" para su tramitación legislativa.

En la Comisión no hubo disposiciones o indicaciones rechazadas, pero algunos artículos no fueron aprobados por unanimidad -24 al 30 permanentes, y primero y tercero transitorios-, y en ellos me detendré en el transcurso del informe.

Durante el estudio del proyecto, asistieron a la Comisión de Hacienda el ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza; funcionarios y asesores de esa cartera, y los señores Karlfranz Koehler, abogado de la fundación Jaime Guzmán, y Germán Concha, asesor de la Unión Demócrata Independiente.

El propósito de la iniciativa consiste en adecuar la actual estructura institucional de salud para que la población ejerza los derechos que el régimen de garantías en salud le otorgará. Con tal objeto, se definen las patologías y las prestaciones vinculadas a éste, así como las garantías explícitas, y se otorgan los medios necesarios para hacer efectivas tales garantías.

El proyecto se encuentra estructurado en 30 artículos permanentes, divididos en tres títulos, y en tres disposiciones transitorias.

En el debate de la Comisión, intervino primeramente el ministro señor Osvaldo Artaza, quien manifestó que algunos asuntos no fueron debidamente resueltos en la comisión técnica durante el primer trámite reglamentario, por lo que el Ejecutivo presentará algunas indicaciones al proyecto en la Sala, que se refieren a los siguientes aspectos:

- a) La creación de una Superintendencia única;
- b) La creación de un fondo para ajuste de riesgos;
- c) La incorporación de enfermedades no contempladas en el régimen de garantías, y
- d) La regulación de la modalidad de libre elección.

En una materia muy importante para la Comisión de Hacienda, como es el informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, con fecha 28 de mayo de 2002, se establece que los recursos fiscales requeridos para financiar el régimen de garantías en salud se determinarán en la ley de Presupuestos de cada año, a contar de la entrada en vigencia del primer régimen. Estos recursos provendrán de las cotizaciones de los afiliados y del aporte fiscal que permitirá, a través de un fondo solidario, financiar las cotizaciones de los indigentes. A efectos de financiar mayores niveles de garantías, se contempla que este aporte fiscal se incremente con el producto de aumentos impositivos a productos dañinos para la salud, con el crecimiento de la economía y con aumentos de eficiencia. Estas fuentes de financiamiento se abordarán en el proyecto de ley de financiamiento de la reforma de salud, que, como señalaba el diputado Cornejo, es otro de los proyectos de la reforma.

Tanto el consejo consultivo como la superintendencia que se crean por

DISCUSIÓN SALA

el proyecto se financiarán con cargo al presupuesto anual del Ministerio de Salud, por lo que no representarán costo adicional para el año 2002 y siguientes.

En conformidad con lo anterior, se expresa que el proyecto no presenta costo fiscal directo para el año 2002, y que, respecto de los años siguientes, su costo se especificará en la ley de Presupuestos respectiva.

El informe financiero complementario, de fecha 1 de julio de 2002, señala que las indicaciones del Ejecutivo tienen las implicancias financieras que especifico a continuación:

1. Mayores ingresos del Fondo Nacional de Salud por la obligatoriedad de cotización para salud de los trabajadores independientes. En una primera instancia, y considerando que parte de los trabajadores independientes que actualmente no cotizan para salud, lo harían en isapres, se estima que al entrar en vigencia la iniciativa, el Fondo Nacional de Salud podría obtener un aumento de sus cotizaciones anuales equivalente aproximadamente a 3.142 millones de pesos.

2. Un menor gasto fiscal por la instauración del Fondo Maternal Solidario, que tendrá por objeto financiar los gastos que efectúen las instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud por los subsidios a que den lugar el descanso de maternidad, establecido en el inciso primero del artículo 195, y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año, establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo. La instauración de este Fondo, pero tomando como referencia el gasto efectivo incurrido en los subsidios señalados en el año 2001, implicaría un menor gasto fiscal de 82.685 millones de pesos.

Con todo, el fisco asume el pago del subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario que se establece en el proyecto, y de los menores ingresos del Fondo Nacional de Salud producto de sus aportes al Fondo Maternal Solidario. Este gasto se estima en 33.568 millones de pesos anuales, tomando como referencia el gasto efectivo del año 2001, por lo que la disponibilidad neta de recursos fiscales sería de 49.117 millones de pesos.

La Comisión de Salud dispuso en su informe que la Comisión de Hacienda tomara conocimiento de los artículos 4º y 6º permanentes, de los títulos V y VI y del artículo tercero transitorio del proyecto aprobado por ella. Por su parte, la Comisión de Hacienda acordó incorporar a su conocimiento los artículos 3º, 5º, letra d), y 1º transitorio del proyecto aprobado por la comisión técnica, en conformidad al numeral segundo del artículo 220 del Reglamento.

En relación con la discusión particular, para hacer el informe más breve, ya señalé que la mayor parte de las indicaciones o artículos fueron aprobados de manera unánime y que no hubo disposiciones rechazadas. Por eso, sólo me referiré, brevemente, a los casos que tuvieron votaciones divididas.

El artículo 24 dispone lo siguiente:

“Artículo 24.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo

DISCUSIÓN SALA

Nacional de Salud equivalente al 0,6 por ciento de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI de esta ley”.

La principal discusión versó sobre la letra a), en cuanto al carácter de este tipo de ingreso para el fisco y sus posibles implicancias constitucionales.

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 6 votos a favor y 5 votos en contra.

El artículo 25 preceptúa:

“Artículo 25.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social”.

“Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes”.

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

El artículo 26 establece:

“Artículo 26.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata, se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda”.

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

El artículo 27 establece:

“Artículo 27.- El reglamento a que se refiere el presente Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el ministro de Hacienda y el ministro del Trabajo y Previsión Social”.

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 6 votos a favor y 5 abstenciones.

DISCUSIÓN SALA

El artículo 28 dispone:

"Artículo 28.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes".

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 6 votos a favor y 5 votos en contra.

El artículo 29 señala:

"Artículo 29.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

"El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento...", por una serie de cálculos decimales que se encuentran en el informe y que los diputados pueden analizar.

Después de una larga discusión, en la que participaron, además del ministro, la diputada señora Cristi, y los diputados señores Dittborn y Silva, el artículo fue puesto en votación y aprobado por 7 votos a favor y 6 en contra.

El artículo 30 dispone:

"Artículo 30.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el ministro de Hacienda".

Puesto en votación, fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

Las disposiciones transitorias siguientes también tuvieron votaciones divididas.

El artículo primero transitorio dispone:

"Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

"El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

"Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen, deberán ajustarse a él. Los

DISCUSIÓN SALA

contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades”.

Puesto en votación este artículo, fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

El artículo tercero transitorio preceptúa:

“Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N° 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley

N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada”.

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por 7 votos a favor y 6 abstenciones.

Es todo cuanto puedo informar.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el señor ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, por su intermedio, quiero agradecer el trabajo profundo y enriquecedor que se realizó en las Comisiones de Salud y de Hacienda durante el primer trámite reglamentario de este proyecto, que será muy importante para los quince millones de chilenos.

Junto con agradecer ese trabajo, la altura de miras y la generosidad con que participaron todos los parlamentarios de distintas bancadas, quiero también hacer notar que hay una serie de materias que deberán ser estudiadas y debatidas, tanto en la Comisión de Salud como en la de Hacienda, en el segundo trámite reglamentario.

En primer lugar, ha habido un amplio debate ciudadano, no sólo en el Congreso, respecto de las enfermedades que no estarían dentro del régimen de garantías.

El Ejecutivo siempre ha señalado su voluntad de que el hecho de que exista una priorización sanitaria no debe perjudicar o ir en detrimento -lo señala el proyecto de ley- de las demás enfermedades o problemas de salud. Pero, dado que ha existido debate al respecto y que es necesario dar tranquilidad y confianza a la ciudadanía, el Ejecutivo se ha comprometido a introducir una indicación, en el segundo trámite reglamentario, que haga referencia a la obligación del Ministerio de Salud de normar sobre las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de los demás problemas de salud.

DISCUSIÓN SALA

También ha generado mucho debate el tema sobre el ejercicio liberal de la profesión de los médicos en el país. El Ejecutivo ha señalado que su voluntad no es alterar la modalidad de libre elección del ejercicio profesional. Pero estamos ciertos de que, con la redacción actual del proyecto, es oportuno hacer una precisión mayor en torno de la continuidad del ejercicio de dicha modalidad y de cómo ésta se va a relacionar con el régimen de garantías.

Por lo tanto, expreso aquí nuestra voluntad de profundizar sobre la materia.

Asimismo, el tema de cómo vamos a fiscalizar el ejercicio de los derechos sociales en salud concitó un amplio debate y posturas muy dispares. Varios diputados, ante el desafío de que en Chile exista igualdad de derechos en salud, opinaron que debiera haber una sola institucionalidad que velara por esos derechos, de modo que, a igualdad de derechos sociales en salud, igualdad de criterios de fiscalización. Por lo tanto, sugirieron que debería haber una sola superintendencia que tuviera que ver con las materias de fiscalización.

Pero, a su vez, otro grupo de diputados manifestó que era pertinente la existencia de una entidad que defendiera los derechos de salud de una manera distinta a como se regulan en el mercado los seguros privados.

El Ejecutivo se ha comprometido, en el segundo trámite reglamentario, a proponer una solución de consenso en el sentido de que exista sólo una superintendencia, a fin de que, ante igualdad de derechos, haya igualdad de fiscalización y de normas, y que de ella dependan dos intendencias: una que se relacione con materias de las instituciones de salud previsual, y otra, con los derechos de salud de las personas.

Además, el Ejecutivo desea hacer presente que en el debate habido en la Comisión de Salud se encontró pertinente que las materias referidas a la operacionalización del régimen de prioridades en salud de las isapres se debieran debatir con ocasión del proyecto que modifica las capacidades o competencias regulatorias de las isapres, que se está estudiando en comisiones unidas.

Asimismo, dado que los temas operativos relacionados con la aplicación del régimen de garantías en el Fondo Nacional de Salud están considerados en este proyecto, al Ejecutivo no le ha parecido pertinente tratarlos nuevamente en su segundo trámite reglamentario.

También vamos a reponer el tema relativo al fondo de ajuste de riesgo único, común, entre el sistema de isapres y el Fonasa, con la salvedad de que vamos a dar relevancia a que no sólo las variables de sexo y de edad deban ser condiciones para ajustar dicho riesgo, sino que el Ejecutivo va a presentar una indicación que permita que las determinantes con respecto a la siniestralidad -una de ellas, la más importante, la condición socioeconómica- estén reflejadas en la forma en que opere el sistema de ajuste de riesgo.

Agradezco nuevamente la riqueza del debate y pido, con mucha humildad, que los señores diputados de todas las bancadas aprueben este

DISCUSIÓN SALA

proyecto en general para que vuelva a Comisiones y se sigan debatiendo los temas que todavía requieren de estudio y de mayor afinamiento.

Muchas gracias.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Fulvio Rossi hasta por cinco minutos, de acuerdo con la distribución del tiempo que ha hecho su bancada.

El señor **ROSSI**.- Señora Presidenta, es fundamental para el logro de objetivos sanitarios y de una morbimortalidad acorde con una calidad de vida digna y saludable, que cada gobierno sea capaz de identificar el momento epidemiológico que vive la sociedad y, a partir de un diagnóstico adecuado, con una correcta ponderación de los factores de riesgo de enfermedad, al igual que aquellos de promoción de salud, que consiga diseñar una política pública de salud eficiente y coherente con las necesidades de la población.

Esto supone, por ejemplo, educación preventiva en materia de mortalidad juvenil, donde la primera causa de muerte es el accidente automovilístico; detección precoz de la patología cancerosa, en especial donde podemos incidir favorablemente, como son los casos de los cánceres cérvico-uterino, de mama y prostático, hasta contar con las más modernas infraestructuras y avances tecnológicos que permitan el éxito de nuestras terapias curativas o paliativas.

Ha llegado el momento, después de cincuenta años, de observar nuestra cultura sanitaria deteriorada a raíz de la dictadura militar, de producir la reforma que el pueblo necesita. No la que necesitan Juan Luis Castro o Esteban Maturana; tampoco la que necesitamos los parlamentarios, sino la reforma solidaria que las chilenas y chilenos, especialmente los más desposeídos, necesitan. Pero para hacer una reforma, debemos también reconocer las principales causas del deterioro de nuestro sistema público, como la fragmentación ocurrida con el traspaso a los municipios de la salud primaria, lo que ha contribuido a su debilitamiento y a una gran inequidad en materia de otorgamiento de prestaciones, ya que cada municipio administra de manera distinta los recursos que se le otorgan, y fija prioridades diversas.

Por otro lado, la aparición de las isapres ha influido en la segmentación de la población, puesto que la calidad y el acceso a la salud se determinan por el poder adquisitivo del paciente; es decir, hay más salud para los que tienen dinero, y menos, para los que no lo tienen.

Un ejemplo claro de esto es que el 66 por ciento de las horas médicas se radican en el sector privado, en que, dicho sea de paso, sólo se atiende el 20 por ciento de la población, y sólo un tercio de esas horas, en los hospitales públicos, que atienden el 80 por ciento de la población.

Pregunto al doctor Juan Luis Castro si también se dejará de atender ese 66 por ciento de horas médicas de las clínicas y centros privados al momento del paro, o si es más fácil parar cuando no se toca el bolsillo y se manipula con la salud de los más pobres.

Como la salud es un derecho, hay que garantizarla, pero no en el

DISCUSIÓN SALA

papel. Hay que establecer garantías explícitas y diseñar mecanismos que la hagan exigible en cuanto a acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Eso es el Auge: es hacer prevalecer ese derecho. El Auge termina con la incertidumbre y el temor frente a la enfermedad; termina con los cuatro grandes temores ciudadanos, a saber: "Si me enfermo, ¿me atenderán?". Eso es acceso. "Y si me atienden, ¿cuándo?". Eso es oportunidad para doscientos mil pacientes que hoy están en lista de espera". Y si me atienden a tiempo, ¿la atención será de calidad?". Y si todo eso se cumple, ¿tendré que vender la casa, seré capaz de cancelar la deuda?". Eso es protección financiera.

Reitero que el Auge resuelve esos cuatro grandes temores de la gente.

Ahora bien, el Auge sólo cubre 56 patologías. Digo patologías, porque eso implica muchísimas más prestaciones correspondientes a casi el 80 por ciento de la carga de la enfermedad y al 51 por ciento de los egresos hospitalarios. Quien piense que, una vez aprobado el Auge, el sistema de salud sólo va a cubrir esas patologías, tiene una visión malintencionada y oportunista. El resto de las patologías -le envió un mensaje al señor Juan Luis Castro- también serán atendidas. Por eso, acabamos de aprobar un proyecto de mejoramiento de la gestión, de manera de hacer más eficientes los servicios de salud y los hospitales, y lograr mayor poder resolutivo en el ámbito de la atención primaria.

No es justo que un escáner o un pabellón quirúrgico se ocupen sólo en las mañanas. Por eso necesitamos la reforma. El Auge es progresivo, y lo determinará un consejo consultivo que establecerá un plan incremental, como lo señala el inciso segundo del artículo 12 del proyecto.

Con más eficiencia en la atención primaria se resolverán, además, muchos problemas, sin que éstos lleguen a los hospitales, por lo que se otorgarán recursos de manera de fortalecer la atención primaria, eje central de este modelo de atención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Señor diputado, ha terminado su tiempo. Le pido que redondee la idea.

El señor **ROSSI**.- Señora Presidenta, en un proyecto tan importante como éste, encuentro un grave error que se restrinja el tiempo de las intervenciones. No sólo es el proyecto más emblemático para el Presidente Lagos, sino para todos los ciudadanos que esperan que se mejore la calidad de las atenciones.

Con muchas ganas y entusiasmo voy a votar favorablemente la iniciativa, en el entendido de que las numerosas indicaciones presentadas harán la reforma más solidaria, en que la calidad y el acceso a las prestaciones médicas sean lo más importante.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana

DISCUSIÓN SALA

(Presidenta).- Informo a los colegas que hay una nueva modalidad de control del tiempo. Se dispone de relojes que marcan el descuento del tiempo de cada bancada.

Aconsejo a los colegas mirar esos relojes para que vean el tiempo que deben ocupar, de acuerdo con lo dispuesto por sus bancadas.

Además, el proyecto en estudio fue ampliamente debatido en la Comisión de Salud. Por eso, en la Sala sólo venimos a conocer el resultado de un arduo y eficiente trabajo realizado por sus miembros desde hace meses.

Tiene la palabra el diputado Sergio Ojeda.

La bancada demócratacristiana dispone de 36 minutos.

El señor **OJEDA**.- Señora Presidenta, los años van cambiando las cosas, las circunstancias son otras y van surgiendo nuevas necesidades que hacen imprescindible una respuesta para poder satisfacerlas.

Hace cincuenta años, en Chile se dio un gran salto con la creación del Servicio Nacional de Salud, hecho que significó la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el establecimiento de una estructura nacional que definió la responsabilidad del Estado en la salud pública.

Vivimos a través del tiempo un proceso de transformación del perfil de enfermedades que han afectado a la población, como consecuencia de su progresivo envejecimiento, del cambio de los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo. Todo es diferente, todo es distinto; nada es igual hoy, como consecuencia de los cambios sociales, económicos y culturales insertos en un mundo globalizado.

¿Qué tenemos hoy? Por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental, propios de una sociedad en desarrollo. Por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad en desarrollo. Como el cuadro es distinto, los enfoques, métodos y sistemas para enfrentarlo también deben ser diferentes. Sin embargo, no hemos podido afrontar con entereza las nuevas exigencias ni obtenido el debido éxito para corregir el régimen deficitario de salud.

Desde 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron con motivo de su fragmentación resultante del traspaso de la atención primaria a los municipios, y a su segmentación, como consecuencia de la creación de las isapres, situación que se agravó por la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que padeció el sector público durante ese período.

Por otro lado, el promedio anual de inversión sectorial en la década de los ochenta fue, aproximadamente, de apenas ocho mil millones de pesos, la que, con el correr del tiempo, debió corregirse, aumentándola, en la década del noventa, a un promedio anual de inversiones de cerca de 46 mil millones de pesos, cifra seis veces mayor que la de la década anterior. Los datos demuestran que el sistema de salud quedó rezagado desde aquella época y

DISCUSIÓN SALA

que no ha sido dinámico en su desarrollo, razón por la cual requiere una transformación.

Un sistema de salud deficitario, que no responde a los requerimientos de la población, tampoco responde al derecho real de salud que hay en el país. El derecho a la salud no sólo debe estar garantizado en nuestra Carta Fundamental, sino que también debe ser aplicado efectivamente; es decir, debe existir y ser visible, lo que no siempre ocurre con determinados derechos constitucionales.

Por este proyecto, que establece un régimen de garantías en salud, se pretende asumir el rol instaurador del Estado en los derechos y garantías que a todas las personas corresponden de acuerdo con la Constitución. No es otra cosa. Es uno de los cinco proyectos presentados por el Ejecutivo y que constituyen la gran reforma de la salud. Se puede decir que es básico, fundamental, necesario y urgente, ya que consagra la salud como un bien social y un derecho humano esencial, del cual todos, como sociedad, somos responsables. ¿Cómo no valorar, entonces, un cuerpo legal como éste, que promueve la equidad y reduce las desigualdades, como se describe en su texto? ¿Cómo no apoyar un instrumento que se basa en la solidaridad, donde el esfuerzo de la sociedad procurará que los grupos más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos? Ésos son los conceptos de solidaridad y de humanidad que han desaparecido, porque están absolutamente absorbidos por otras ideas materialistas, que conllevan al consumismo, o, en otros sistemas políticos y económicos, a la idea de no considerar a la persona como centro de atención de las grandes reformas sociales, como es la de la salud.

El proyecto crea un régimen de garantías en salud, mediante las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las instituciones de salud previsual. Esto garantizará con criterios de calidad, con tiempos de espera definidos, con copagos razonables y con topes que protegen el ingreso familiar. Se dispone que las enfermedades sean abordadas desde la promoción de la prevención hasta la recuperación y la rehabilitación.

Los detractores del proyecto de ley -o del grupo de proyectos- lo califican de limitativo y discriminatorio. Incluso, hasta hablan de canasta básica. Pero ¿no es importante este primer paso a fin de priorizar un conjunto de enfermedades más recurrentes? Si hoy no hay nada, ¿no es acaso un avance que mañana comencemos con asegurar la atención de salud de 56 patologías? En todo caso, el ministro de Salud nos acaba de señalar que en las próximas sesiones de la Comisión se van a presentar indicaciones, a fin de asegurar que las enfermedades que no están comprendidas en esta iniciativa tengan también ciertas prerrogativas para su atención, aun cuando en la ley quedarían resguardadas.

El proyecto, asimismo, establece un consejo consultivo, instancia que podría incluir otras enfermedades cada tres años, o antes, si fuere necesario y lo estimare conveniente. Es decir, su actuación no es estática, sino progresiva, y en un par de años vamos a tener numerosas enfermedades atendidas con absoluta prioridad. Por lo tanto, no se excluye ninguna y se

DISCUSIÓN SALA

establecen garantías para las necesidades de salud más graves, frecuentes y sensibles de las personas.

El régimen de garantías en salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas al acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de la atención. El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsual tendrán la obligación de cumplir con el régimen de garantías y de asegurar a sus respectivos beneficiarios.

Para hacer operativo y eficaz el sistema, el régimen consagra el acceso a las prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, de protección financiera y de calidad, lo cual, en verdad, constituye algo nuevo e implica un desafío frontal para las estructuras sanitarias actuales, que no son operables, ya que atrasan, postergan, tramitan y producen burocracia en relación con la entrega de beneficios y de atenciones de salud.

No obstante, aún hay temas que son conflictivos, como la libre elección -sobre la cual el ministro acaba de señalar su voluntad para buscar otra redacción al artículo 13- y la creación de una superintendencia de garantías. Hubiésemos querido, también, el establecimiento de una defensoría de los derechos de los pacientes. Como esos temas están pendientes, debemos referirnos a ellos en general.

¿Podremos mejorar los logros sanitarios alcanzados; afrontar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, lo que involucra una creciente carga de afecciones degenerativas de alto costo de atención médica, y aquellos relacionados con los cambios de la sociedad? ¿Podremos reducir las inequidades, prolongar la vida saludable o enfrentar las nuevas enfermedades producto del desarrollo natural de las epidemiologías? ¿Podremos disminuir las desigualdades y prestar servicios acordes con las expectativas de la población, que son los objetivos sanitarios para esta década, con oposiciones tenaces, cerradas y, a veces, llenas de pesimismo y de desesperanza?

Si no somos capaces de dar este paso, que el 70 por ciento de los chilenos señalaron en las encuestas como necesario, estaremos perdiendo una gran oportunidad.

Las leyes no son perfectas y nunca lo han sido; son perfectibles, adaptables e, incluso, cuando ya no cumplen con su objetivo, pueden ser derogadas. Pero sí han sido fundamentales para establecer y fijar derechos y deberes en una circunstancia social determinada.

Apoyo este proyecto de ley porque lo considero vital para subsanar las deficiencias de nuestro actual sistema sanitario; porque concuerdo con el rol protector que el Estado está asumiendo -es rector de los nuevos lineamientos en materia de salud; la reforma lo señala, no solamente en este proyecto, sino también en los otros-; porque los principios de la solidaridad nos llevan a proteger a los pobres; porque cubre las necesidades más graves, frecuentes, sensibles y que más empobrecen, y porque no quiero que sigan desfilando por nuestras oficinas de distritos personas con

DISCUSIÓN SALA

enfermedades catastróficas -que va a cubrir el plan Auge- en busca de la ayuda que hoy no les podemos brindar. Quiero que se les proporcione la protección necesaria, y en forma rápida, porque un segundo, un minuto o un día ya es bastante para acentuar la gravedad de las enfermedades.

Apoyo también la iniciativa para que se termine la incertidumbre de no saber cuándo se recibirá la atención que se necesita; asimismo, por la creación del Fondo de Compensación Solidario, que compensa a las isapres por concepto de ajuste de riesgos, o del Fondo Maternal Solidario para el Descanso de la Maternidad y por el subsidio compensatorio de los aportes del Fondo Maternal Solidario, de carácter fiscal, que tiene por objeto beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas y pensiones imponibles.

Las grandes reformas siempre son resistidas, aunque una mayoría las apoye. Lo importante es que se discutan, conozcan y aprueben en un ambiente o en una institucionalidad de libertad.

Este proyecto es importante para iniciar un proceso integral con la aprobación de los otros proyectos de ley que son parte de la reforma de la salud.

Hay muchos puntos conflictivos, como sostener, por ejemplo, que el sistema propuesto conduce a la privatización. Creemos que no, porque se está reforzando el sistema y la gestión; la tecnología y la capacitación de quienes trabajan en él, y se aumentan los recursos.

Tampoco se puede calificar de estatista -que favorece al Estado en su rol de conductor del proceso-, por cuanto no obstaculiza al sector privado dispuesto a subordinarse a las políticas de salud.

Apoyo este proyecto de ley porque constituye un gran paso para solucionar los problemas de la salud; porque aquí están implícitos los modernos conceptos que he esbozado, y que se pueden concretar en la real reforma de salud que todos los chilenos estamos esperando.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero por quince minutos.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, estamos tratando hoy uno de los cinco proyectos más importantes y emblemáticos de la reforma de la salud: el plan de garantías, porque cambia el eje fundamental de la entrega de salud en Chile.

La Unión Demócrata Independiente cree fundamental, indispensable e impostergable efectuar una reforma de la salud, porque, sin duda, el país experimenta la siguiente paradoja: los indicadores en desnutrición, en atención profesional de parto, en mortalidad infantil y en expectativas de vida, por mencionar algunos, entregan las más altas y mejores tasas de América Latina, las que nos sitúan incluso dentro de los niveles de los países

DISCUSIÓN SALA

desarrollados. Sin embargo, el acceso y la atención de salud siguen siendo problemas fundamentales. En todas las encuestas, nuestro sistema de salud sigue siendo mal calificado, y urge, entonces, reformarlo.

Chile ha desarrollado una serie de políticas de salud desde que se creara el Servicio Nacional de Salud en la década de los '50, cuando se hizo una primera y gran reforma. Otra se realizó en la década de los '80, cuando se consagró la existencia de dos sistemas, uno público y otro privado, y se crearon las instituciones de salud previsual, isapres. Y hoy, en el siglo XXI, impulsamos una nueva reforma.

Cabe preguntarse: ¿por qué es necesaria una reforma de la salud? ¿Son necesarios cinco proyectos de ley? ¿Bastaría con algunas medidas administrativas y políticas que no fueran materia de ley? ¿Es sólo un problema de más recursos?

Creo que ahora se requiere de una cirugía mayor, más importante y más profunda en el sistema de salud.

Algunas cifras son elocuentes. En primer lugar, durante la década pasada este sector logró un verdadero auge de recursos adicionales, los que no se tradujeron en mejor atención a los usuarios. En efecto, el análisis de las cifras de las leyes de Presupuestos de la nación, desde 1991 a la fecha, nos lleva a concluir que el gasto público en salud prácticamente se ha triplicado, y hoy tenemos un presupuesto del orden de un billón 400 mil millones de pesos. Ese aumento sustancial, realizado con el esfuerzo de todos los chilenos, y con la aprobación de este Congreso, no se ha traducido, en términos reales, en una mejor atención de salud.

Reconocemos que ha habido aportes importantes en el mejoramiento de nuestra estructura hospitalaria, en los salarios de los trabajadores de la salud y en la implementación de nueva tecnología. Sería mezquino decir que no se ha hecho nada.

Pero, también, podemos diagnosticar que muchos recursos no han llegado a los usuarios; que la utilización y la transparencia de los recursos asignados no han sido las adecuadas, y que se ha trabajado básicamente con la premisa de los presupuestos históricos, sin revisar esas cifras en el tiempo y sin aplicar medidas de gestión y de administración más eficientes para aumentar y mejorar la productividad por cada peso que se invierte en el sector salud.

Es más, las cifras demuestran que, en vez de crecer la productividad en salud, tal como se señala en el informe de la Cepal, patrocinado por investigadores del Ministerio de Hacienda, la productividad por peso gastado, en vez de crecer, ha disminuido. Algo, entonces, funciona mal, más aún cuando vemos que la deuda hospitalaria -otro elemento importante- en vez de disminuir, ha ido aumentando y, probablemente, cerremos este año con una deuda hospitalaria del orden de los 50 mil millones de pesos.

Digno es reconocer el esfuerzo del Gobierno durante los últimos meses tendiente a reducir la cifra de cinco mil millones de pesos mensuales a, aproximadamente, cuatro mil 500 millones de pesos.

Pero, con claridad, podemos afirmar que eso ha sido a costa de los

DISCUSIÓN SALA

usuarios; del personal, con la eliminación de las horas extraordinarias; del cierre de algunas dependencias de servicios hospitalarios y de consultorios; a costa de la no realización de algunos exámenes importantes. No ha sido gratis reducir la deuda hospitalaria -abultada, grande e importante-, pese a los esfuerzos presupuestarios del orden de los 28 mil millones de pesos.

No solamente así se ha sentido la crisis que afecta a gran parte al sector público, sino también con las listas de espera que, según algunos informes, afectan a cerca de 50 mil chilenos. Solamente en la Región Metropolitana más de 18 mil chilenos figuran en listas de espera para operaciones de hernia, vesícula, várices, amigdalectomía y otras falencias que hacen que muchos chilenos tengan que esperar un promedio superior a 52 semanas para conseguir derecho a pabellón y a cama a fin de ser intervenidos quirúrgicamente.

A estas deficiencias, que hacen necesaria la reforma, habría que agregar los cambios propios de la evolución que ha tenido el país en estas materias, como la sobrevida. Hoy los chilenos alcanzamos un promedio de 75 a 76 años de vida. Precisamente, ese segmento etario es el que más necesidad de atención médica requiere. Mientras más años vivamos los chilenos, mayores serán, tanto los costos y las demandas de atención de salud, como también el programa y el desarrollo de la tecnología. Hoy el escáner, la resonancia magnética, los antibióticos de última generación y distintas tecnologías de avanzada se han ido tornando imprescindibles herramientas de apoyo a la gestión de los profesionales de la salud. Todo eso es una realidad de Chile.

Es más, a esta paradójica situación de buenos indicadores de salud pero con dificultades en el acceso y financiamiento de las nuevas tecnologías, se suman las carencias de profesionales en las distintas especialidades. La Cámara de Diputados elaboró un informe relativo a la materia, lo que generó una situación difícil de seguir abordando en el tiempo.

Tenemos grandes dificultades en la atención primaria de salud, que debería ser la gran barrera que impidiera la artificial demanda de salud terciaria en los hospitales, descongestionándolos y solucionando los temas en el mundo de la atención primaria.

La atención primaria administrada por los municipios es deficitaria, y los municipios deben destinar importantes cantidades de recursos para paliar esos déficit. Ayer conocimos las cifras que señalan que el 43 por ciento de los profesionales médicos dedicados a la atención primaria son extranjeros, básicamente ecuatorianos, lo que demuestra, sin duda, que la barrera que debería impedir la migración a la atención terciaria y que debería tener un mayor nivel de resolución, ojalá cercano al 80 por ciento en los consultorios de las comunas, no ha sido tampoco una realidad en el tiempo.

En resumen, la reforma a la salud es urgente, necesaria e impostergable. Aquí surge la primera duda en cuanto a si vamos a ser capaces, al otorgar las garantías en salud que contempla el plan Auge, de satisfacer la demanda de la población con una infraestructura hospitalaria y primaria deficiente, con muchas carencias, con una mochila de deudas, con

DISCUSIÓN SALA

dificultades de listas de espera y de profesionales capaces de atender la garantía que le vamos a otorgar por ley a la gente. Ésa es la primera duda.

Lo esencial, lo que a la UDI más le agrada de la reforma a la salud, es el concepto de que, por primera vez, tendremos la posibilidad de garantizar a los chilenos, ante un conjunto de enfermedades, que van a ser atendidos en un tiempo acotado y que tendrán una cobertura financiera adecuada para enfrentar la garantía de salud que se les va a dar por ley.

Eso constituye, sin duda, un paso sustancial, importante, determinante, que cambia el eje de la incertidumbre que hoy tienen muchos chilenos al no saber cuándo van a ser intervenidos ni si van a tener o no las posibilidades de financiar el copago que les genere la intervención o la acción de salud que requirieron.

En esa dirección, nos parece que si la reforma no va de la mano con el plan Auge, por un lado, y la reforma a la autoridad sanitaria de la gestión y el tema del financiamiento, por el otro, podemos autogenerar una suerte de judicialización del tema, que lleve a los pacientes insatisfechos del incumplimiento de su garantía a golpear las puertas de los tribunales para exigir que la garantía que se les dio por ley se cumpla. Ése sería, sin duda, el peor de los escenarios.

Queremos que los chilenos que golpean las puertas de los consultorios y de los hospitales sean bien atendidos y no tengan que recurrir a los tribunales de justicia.

Es responsabilidad del Congreso Nacional, y en especial del Gobierno, modificar las estructuras de gestión y de la autoridad sanitaria, tal como lo hicimos al aprobar el proyecto relativo a la materia, que calificamos de tibio y de insuficiente para transformar la gestión de los hospitales y los servicios públicos del país en toda su dimensión.

En segundo lugar, es importante abordar el tema de la priorización que se va a dar en principio sobre un conjunto de 56 enfermedades. Digo "en principio" porque ahora son 56, pero mañana pueden ser 76, ser menos o más.

El proyecto en análisis establece un consejo consultivo que tendrá la disposición y la obligación de determinar el conjunto de enfermedades que se van a considerar en el listado priorizado. Señalar las que figurarán entre las 56 enfermedades no es materia de ley, sino efecto de las propuestas administrativas del Ministerio de Salud con el fin de priorizar en forma adecuada la materia.

Estamos conscientes de que ése ha sido el punto más crítico de la reforma. El Colegio Médico, en los folletos que distribuye entre la población, hace la siguiente pregunta: ¿sabía usted que el plan Auge sólo cubre 56 enfermedades? La respuesta es: ¿saben los chilenos que hoy, el sistema de salud las cubre todas, pero las cubre mal o en forma insuficiente?

Ahí está el dilema del Congreso Nacional: tratar de hacer todo bien, lo que probablemente requiera recursos muy por sobre los que dispone el país. Vale la pena recordar, si alguien lo ha olvidado, que nuestro país está en vías de desarrollo, con un producto interno bruto cercano a los cinco mil dólares,

DISCUSIÓN SALA

con grandes falencias en otras áreas; pero, obviamente, si queremos cubrir y garantizarlo todo, no hay bolsillo que aguante, no hay prioridad lógica que lo permita y sería un gran error, a mi juicio, seguir incorporando recursos y más recursos al sector salud si no somos capaces de brindar mejor atención a la población.

Respaldamos el concepto de la priorización, porque hace justicia, al menos, respecto de un conjunto de enfermedades sobre las cuales el Ministerio de Salud nos ha informado que representan cerca del 70 por ciento de la demanda de atención de salud. Ahí están, como ya se ha dicho, prácticamente todos los cánceres infantiles, un conjunto de cánceres de mayor demanda; las enfermedades más comunes y corrientes del sistema circulatorio. No voy a detallar cada una de ellas.

En las comunas o en el Colegio Médico a uno le dicen que no figura la cirrosis hepática; tampoco está la osteoporosis.

Pues bien, siempre habrá enfermedades que no van a figurar, pero eso es muy fácil de corregir dentro de las prioridades que no estén bien ajustadas; porque aparecen ciertas enfermedades sin la prevalencia ni la importancia que deberían tener respecto de otras que están quedando afuera.

A mi juicio, ése es el tema menor. Se podrán incorporar la cirrosis, la osteoporosis, algunas enfermedades del sistema coronario, como intervenciones de *bypass* más complejas que quizás hoy no figuran, pero eso también es fácil de solucionar. El concepto necesario de rescatar es que hacemos bien, priorizadamente las cosas, con garantía en el tiempo y con cobertura financiera, o seguimos, como hasta ahora, haciendo todas las cosas más o menos.

La opción de privilegiar un conjunto de enfermedades sobre otras es un camino adecuado, sin perjuicio de que, obviamente, hay que custodiar y preocuparse de que las que no están dentro del Auge tengan algo más, algo mejor de lo que tienen hoy, porque sería muy injusto que se generara una discriminación odiosa, muy grande, entre las enfermedades que figuran en el Auge y las que no.

El Gobierno ha informado que formulará indicaciones respecto del tema; asimismo, que se buscará una forma de garantía en el tiempo para un conjunto de enfermedades no considerados en el plan Auge. Estamos expectantes por conocer eso.

Pero quiero rescatar el sistema de prioridad que obviamente, en un país con escasez de recursos, es, a mi juicio, la forma adecuada de enfrentar la realidad, como también lo dicen el sentido común y el buen criterio respecto de muchas cosas en la vida, de que cuando no se puede hacer todo, hay que resolver lo más importante primero y dejar en prioridad secundaria las cosas que no requieren tanta urgencia.

Respecto de la garantía, el diputado señor Masferrer y otros abordarán con más detalle lo que hemos hablado en relación con el bono automático.

¿Qué es un bono automático?

El proyecto propone que desde el momento en que a la persona se le

DISCUSIÓN SALA

diagnostique la enfermedad, empieza el plazo de atención: un mes, dos meses; el plazo depende del caso.

Para ese fin, al paciente se le va a entregar un bono foliado, con su nombre, el nombre del médico tratante y el tiempo que ha de transcurrir entre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, claramente señalado.

Nos parece que ése es un paso importante, pero insuficiente. Queremos una dinámica mayor, automática, que señale que, vencido el plazo de la atención, la persona pueda exigir su cumplimiento en el sector público o privado. Esa propuesta la estamos introduciendo a través de indicaciones, y el diputado señor Masferrer se va a referir al punto con mayor detalle.

No quiero dejar de lado la necesidad de establecer una sola superintendencia de Salud. Es un tema de gran consenso. No logramos convencer plenamente al Gobierno en la primera etapa; entendemos que ahora lo está un poco más e ingresará las indicaciones pertinentes. A nuestro juicio, tener dos superintendentes en esta materia genera discriminación, arbitraria, en el trato frente a los pacientes y a los profesionales. No puede haber una superintendencia de garantías de salud para el sector fiscal y, otra, para las isapres. Ello genera controversias y dificultades. Debemos tener una sola gran superintendencia de Salud que fiscalice por igual al sector público y al privado, y no generar nuevas estructuras del Estado que no actúen con la coordinación que el tema requiere.

En cuanto al subsidio maternal, una de las formas de financiamiento que el Gobierno ha desarrollado -como es de público conocimiento- es poner término al que otorga el Estado; de ahora en adelante tendrá que ser financiado por los usuarios de la salud, tanto por quienes están en edad fértil como por los que no lo están. Para este fin, se afectará el 7 por ciento de la cotización de salud, restándole un 0,6 por ciento para ir en beneficio de ese subsidio -varios miles de millones de pesos-, que hoy financia el Estado con recursos de la nación, y desde ahora deberá ser financiado con la cotización de las personas. Alguien podrá decir que es justo, que es necesario, o que es injusto que todos los chilenos paguen el descanso maternal. Como lo reconoció por la prensa el ministro de Salud, la razón por la cual el subsidio maternal de prenatal y posnatal se financiaba con recursos de todos los chilenos radicaba en que constituía un incentivo a la maternidad, al desarrollo de la familia, al crecimiento del país. Esa forma de financiamiento es inadecuada, injusta y no protege adecuadamente un instrumento tan importante como lo es el subsidio. Sin duda, por cualquiera de las dos vías, va a constituir un impuesto adicional a los chilenos y puede afectar la propiedad, en el sentido de que es el cotizante el dueño de su siete por ciento. No se puede, en virtud de una ley, conculcando las garantías constitucionales, afectar la propiedad privada que el cotizante tiene sobre su siete por ciento. Obligarlo a financiar de su bolsillo un adicional es una forma de expropiación sobre un derecho constitucional constituido por la propiedad del siete por ciento. Si se obliga a las isapres a financiarlo, se cae en un segundo problema, porque pasa a constituir un impuesto con un fin

DISCUSIÓN SALA

específico para solventar el prenatal y el posnatal. Obviamente, el gravar con un impuesto, con un fin específico, el sistema de salud privada es inconstitucional, desde el punto de vista de generar un impuesto que tiene una finalidad específica, en circunstancias de que los impuestos globales de la Nación deben ingresar en las arcas fiscales y de allí ser distribuidos.

Respecto del sistema del sector privado, qué duda cabe de que el sistema de isapres y de salud privada requiere una modificación. Pero -hay que ser justos-, muchas veces, en el debate político-ideológico se suele poner el énfasis en decir "la salud pública" y "la privada", como si ambos problemas fueran iguales. Y qué duda cabe de que el grueso del problema está en el sistema público, en los diez millones de chilenos atendidos en el sistema público, y de que los tres millones de chilenos que están en el sistema privado también tienen dificultades. No podemos hacerlos equivalentes, porque son de distinta magnitud, de distinta responsabilidad y, obviamente, no por tratar a uno hay que eludir al otro, o no por tratarlos a ambos hay que potenciarlos en igual dimensión, porque tienen objetivamente dimensiones y problemas diferentes.

A mi juicio, el sector privado ha evolucionado más rápidamente que el público. Prueba de ello es cómo ha ido entregando la mejor atención de salud. Las encuestas son claras en señalar que la gente se siente mejor atendida en el sistema de isapres que en el público; qué duda cabe de que el nivel y la cobertura de la atención, en muchos aspectos, es mejor; qué duda cabe de que en el sistema de isapres hay inequidades odiosas, situaciones que hay que corregir respecto del contenido de los contratos y de las acciones involucradas en las injusticias que de ahí surgen.

Esta Corporación hace bien en enmendar en el Auge y en la modificación a la ley de isapres, aquellos aspectos que no están funcionando bien en el sistema privado.

Aunque es muy importante, no se avanza en toda su dimensión en la mayor complementación público-privada. En esto, a veces, hay una suerte de omnipotencia al pensar que es responsabilidad del Estado entregar toda la atención de salud. Chile tiene instalada una infraestructura de salud -pública, privada, de mutuales, de las Fuerzas Armadas- importante. En Chile no faltan camas, sino sobran, salvo en la Región Metropolitana. Se debe buscar una complementación entre lo público y lo privado; de forma tal que cuando el sector público no pueda entregar un determinado servicio, lo compre al sector privado. Ello nada tiene de malo, sino que genera mucho de bueno respecto de la eficiencia.

Nos alegramos de que en la ley del Fonasa se haya destinado un 10 por ciento a esos fines. En el país hay ejemplos interesantes; quizás, el más emblemático es el tratamiento de las insuficiencias renales: si mal no recuerdo, el sector público compra cerca del 80 por ciento de las diálisis al sector privado. Es una de las cosas que funcionan bien.

Otros ejemplos de prestaciones que se contratan a través de convenios entre el sector público y el privado, en la zona poniente de Santiago, son los análisis de endoscopía como una forma de ir salvando las

DISCUSIÓN SALA

deficiencias en ese tipo de exámenes. Avanzar aún más sin ideologismos exacerbados para aprovechar mejor la infraestructura que el país tiene y ser eficientes en la atención de la gente, que finalmente es lo que más importa, constituye un elemento sustancial de esta reforma.

Sin duda, el capítulo de la atención primaria es importante, aunque no se aborda en la integralidad y en la forma como quisiéramos en la reforma de la salud.

Al comienzo de mi intervención me referí a la importancia de fortalecer la atención primaria para que el nivel de resolución en ella sea cada vez mayor y poder generar elementos que permitan descongestionar el sistema hospitalario y los servicios de urgencia. Las cifras señalan que entre el 50 y 60 por ciento de las atenciones de urgencia que se demandan en los servicios respectivos del país no son propiamente tales, sino la forma natural como la población ha buscado una atención más oportuna que la larga espera en la puerta de un consultorio o en un hospital. Llegar a un servicio de urgencia sin urgencia médica y obligar a prestar la atención ha ido congestionando el sistema.

Debemos trabajar mucho en el fortalecimiento de la atención primaria, en ampliar su cobertura, en buscar un mayor nivel de resolución; las experiencias con los Sapus, las de atender en el caso de las enfermedades IRA -en época de invierno-, al sistema respiratorio. Buscar más resolución, aumentar la subvención por paciente que se está atendiendo, pero no en la dimensión que se necesita, es parte importante de la reforma. En la medida en que se genere un equilibrio mayor en la atención primaria que descongestione el sistema terciario de urgencia, podremos atender mejor en los hospitales a las personas que inevitablemente deben acudir a ellos.

En resumen, estimamos que es una reforma impostergable y necesaria; que el camino que ha adoptado el gobierno de la Concertación no es el que habríamos seguido nosotros, de una cirugía mayor y más profunda al sistema. Entendemos que la política es el arte de lo posible.

En ese sentido, en virtud de las limitaciones de recursos del país, aprobaremos en general esta reforma. En la discusión particular -tal como se ha estado haciendo a nivel de comisiones, para los segundos informes- seguiremos trabajando, ojalá con un mayor nivel de acuerdo con el Gobierno, en aquellos elementos propios del articulado en particular -tanto en éste como en los demás proyectos- para ir logrando mayor armonía y eficiencia en el gasto y más energía en la administración.

El proyecto puede ser objeto de muchas incomprensiones, como está ocurriendo. Quizás tenemos que ser más elocuentes al hablar con la gente y explicarles los problemas. La batalla comunicacional es tremenda. Ayer leía en la prensa que, por un lado, el Colegio Médico ha gastado 74 millones de pesos en publicidad contra el Auge; por su parte, el Gobierno ha gastado 600 millones de pesos a favor de esa finalidad. Lo que está claro es que ninguno de los dos ha logrado explicarle a la gente en qué consiste la reforma. Mucho ideologismo, mucha propaganda política, mal uso de los recursos fiscales en esas materias, como lo hemos dicho hasta la saciedad, llevan a exponer el

DISCUSIÓN SALA

tema desde el punto de vista comunicacional, sin aclarar con ello la realidad de los hechos.

Como parlamentarios, en nuestras comunas y distritos debemos explicar, con claridad y responsabilidad -no por ser unos de Gobierno y otros de Oposición- la verdad que esto significa, lo bueno y lo malo, pero no tenemos derecho a distorsionar, en favor de otro tipo de intereses, lo que el país tanto e inevitablemente requiere.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, por cinco minutos, de acuerdo con lo dispuesto por su bancada, el diputado señor Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señora Presidenta, antes de referirme al contenido del proyecto y a la opinión de mi bancada, quisiera hacer dos comentarios breves sobre la intervención del diputado señor Melero, de la UDI.

En primer lugar, ha afirmado que ellos habrían propuesto una reforma más radical, intensa y avanzada que la del gobierno de la Concertación, pero no ha indicado cuál es. Eso es efectivo. Ellos tienen una iniciativa. Hemos hecho un seminario en la Cámara, y tengo en mi mano la propuesta del Instituto Libertad y Desarrollo -institución profesional y técnica de la UDI-, que es muy radical. Consiste básicamente en privatizar todos los hospitales públicos, transformarlos en sociedades anónimas y entregarlos en administración a la empresa privada, con fines de lucro, para que ésta, con eficiencia, pueda hacerse cargo de los hospitales públicos del país. Eso constituiría una revolución en el país. Me alegro del realismo político del diputado señor Melero, quien más bien va a votar a favor de la reforma.

En segundo lugar, no es efectivo que la comunidad no haya experimentado ninguna mejoría en la atención de salud, a pesar de los enormes avances en materia de organización del sistema y del mejoramiento financiero habido en los gobiernos de la Concertación.

A las encuestas no nombradas por el diputado señor Melero quiero anteponer al menos dos de ellas. En primer lugar, la realizada en abril por la Universidad Adolfo Ibáñez, que expresa que consultados los ciudadanos de nuestro país acerca de la valoración que hacen del Fonasa y de las isapres, le ponen una nota doblemente mejor al Fonasa. Para quien no lo sabe, la Universidad Adolfo Ibáñez está constituida, tanto su rectoría como todo su personal académico, exclusivamente por personas de Derecha.

En segundo lugar, la encuesta Cerc, de hace tres meses, señala otro tanto. Además, las tres últimas encuestas Casen indican que los ciudadanos chilenos reconocen que ha mejorado bastante la atención en el sector público de salud.

El proyecto efectivamente es emblemático, porque dentro de la reforma se plantean las dos grandes demandas que la población hace a nuestro sistema de salud: la gente del sector público anhela que terminen

DISCUSIÓN SALA

las largas e ignominiosas listas de espera; mientras que la gente del sector privado espera que termine la tragedia de quedar endeudados, hipotecados sus bienes y, muchas veces, embargados porque no pueden hacer frente a los altos costos que el sector privado de salud les cobra, dadas las insuficientes coberturas que las isapres les entregan. Hay otros reclamos de la población respecto de nuestro sistema de salud, pero estos dos son los principales.

En el plan Auge hay garantías explícitas de oportunidad en la atención y garantías ventajosas en la cobertura financiera, lo cual es muy significativo para los cotizantes del sector público de salud.

Respecto de las 56 enfermedades, patologías o problemas de salud, esto constituye, en materia financiera y de oportunidad en la atención, un enorme salto adelante.

Los excelentes informes de los diputados señores Cornejo y Álvarez me ahorran comentarios en otros aspectos de la reforma. Sin embargo, tiene, a mi juicio, dos talones de Aquiles que es imprescindible resolver en su tramitación parlamentaria.

En primer lugar, existen garantías explícitas para 56 enfermedades y problemas de salud, pero ¿qué pasa con el resto de ellos?

La población se pregunta con justa razón si será probable, tanto por la vía de las indicaciones como por la disposición que ha tenido el Ejecutivo para enfrentar el problema, que tengamos la completa seguridad de que, al menos, todas las enfermedades de los chilenos que hoy se atienden en los sectores público y privado mantendrán,...

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Ha terminado su tiempo, señor diputado.

El señor **AGUILÓ**.- ...en el peor de los casos, el mismo tratamiento de hoy.

El otro talón de Aquiles es la falta de solidaridad en el financiamiento. Aquí tenemos un problema gravísimo, porque el fondo solidario de compensación, propuesto en el proyecto, es exactamente antisolidario, ya que no hay ningún tipo de aporte mayor de la gente que tiene más recursos. Esta solidaridad en el financiamiento es una modificación que espero hacer en el curso de la capitalización futura a esos proyectos.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- En el tiempo del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Jaramillo.

El señor **JARAMILLO**.- Señora Presidenta, agradezco a la Comisión de Salud por haberme hecho llegar una revista del seminario sobre reforma a la salud. Es algo muy gratificante para quien no conoce mucho de la cosa técnico-profesional que los médicos, como el doctor señor Cornejo, lideran

DISCUSIÓN SALA

en esta Sala. Mis felicitaciones y agradecimientos por ello.

El gobierno del Presidente Ricardo Lagos, desde el comienzo, tuvo claro que debía ser capaz de generar modificaciones institucionales que ayudaran a mejorar la calidad de vida de todos los chilenos, poniendo el acento, en cuanto a inversión y gasto público, en aquellos compatriotas -como muchos colegas lo han dicho- que más lo necesitan, los marginados y postergados del proceso de modernización de la sociedad y del mercado, ése que ha venido dando vueltas desde hace casi quince años.

El proyecto, cuya importancia muchos han tratado de esquivar, ha sido diseñado por un conjunto de profesionales del más alto nivel, como médicos que, esencialmente, han dedicado una vida al servicio de la salud pública y que han sido capaces de entender las virtudes de un sistema de salud en el cual conviven sus sistemas público y privado, cuya armonización, coordinación y subsistencia son esenciales para dar a todos los chilenos la satisfacción de las más vitales necesidades, como son las necesidades de la atención de salud, tanto como para recuperar la que se pierde, fruto de la enfermedad, como para prevenirla. Y aquí quiero hacer especial mención a quienes han tenido liderazgo, por decir lo menos, y la capacidad para llevar a cabo esta reforma. Me refiero a los doctores señores Guido Girardi, Patricio Cornejo, Osvaldo Palma, Francisco Bayo, Carlos Olivares, Enrique Accorsi, Alberto Robles, Fernando Meza, Fulvio Rossi y Sergio Aguiló, felizmente, todos ellos parlamentarios pertenecientes a esta Cámara de Diputados, equipo con el cual hemos tenido la suerte de contar. Ellos comprenden lo que están haciendo, no hablan por hablar; están realizando la reforma de salud.

Este proyecto parte de conceptos epidemiológicos, esto es, la prevalencia de la concurrencia de ciertas patologías médicas, por lo que no es simplemente asignar recursos económicos, sino poner fondos públicos y atender necesidades de salud determinadas por la caracterización epidemiológica de la población.

Sin duda, el plan Auge, con toda la polémica que ha generado, es el cambio más importante que se pretende hacer en la salud pública. También, en su momento, en la década de los años 50, la creación del Servicio Nacional de Salud -como aquí se ha dicho y lo hemos comentado durante la tramitación de esta iniciativa de ley- fue una reforma masiva, resistida y rechazada por quienes, sumidos en una cultura organizacional muy dura, trataron de proteger prácticas y beneficios que, si bien eran legítimos, no se condecían con las necesidades de un pueblo ávido de mejor atención de salud, ni con la necesidad de generar condiciones para su progreso material y científico.

Pero ahí está nuestro ministro señor Osvaldo Artaza. Ministro, la gente lo entiende y quiere la reforma que con tanto valor profesional está llevando adelante. Creo que hoy va a sentir una de las grandes satisfacciones que sólo una persona que es médico y ministro de Salud a la vez puede llegar a sentir, por cuanto pienso que la Cámara de Diputados, en pleno, aprobará lo que, con tanto énfasis, usted está llevando adelante y liderando.

DISCUSIÓN SALA

Señora Presidenta, respeto mucho a los médicos y la medicina, pero creo que sus acciones corporativas revelan, una vez más, lo que en su momento dijera nuestro ex Presidente, el doctor Salvador Allende, quien también fuera ministro de Salud: "Hay colegios profesionales de clases que sólo defienden sus intereses". Sin embargo, yo también digo: "No, estimados médicos, Chile exige algo más de ustedes: un compromiso social".

El establecimiento de este nuevo sistema de salud, con una autoridad sanitaria clara, que actuará como eje coordinador entre los subsistemas público y privado y entre los niveles de atención primaria y los centros de tratamientos más avanzados de los hospitales regionales, será la entidad que permitirá que los recursos y acciones terapéuticas sean eficientes. El aumento per cápita de las asignaciones por paciente inscrito en un consultorio es esencial, y así lo recoge este proyecto. Si lo destaco es porque en zonas rurales, como las que represento, es fundamental, por cuanto en el nivel primario es en el cual hay que aumentar la capacidad de resolución de las patologías con postas rurales mejor dotadas y con más elementos técnicos; infraestructura y médicos especialistas para los campesinos de nuestro país. La gente del sur está contenta con este proyecto de ley. Se me ha dicho que todos ellos accederán a una mejor calidad de vida.

Señora Presidenta, honorable Cámara, quiero respaldar esta iniciativa y desmentir falacias que algunos se han encargado de promover. Incluso, han tratado de hacer programas de televisión con costos multimillonarios para defender una mirada parcial e interesada. Pero ello no significa que estimemos necesario seducir o encantar a los gremios de salud con esta reforma, pues ellos, con la actitud que han asumido, nadan contra la corriente.

Confiamos en el legado y en la doctrina que nos dejaron los grandes inspiradores de la salud pública como, por ejemplo, los doctores Salvador Allende, Roberto Sótero del Río, Exequiel González Cortés y tantos otros que se me vienen a la memoria y que seguramente servirán de guía a las nuevas generaciones de los "hombres de blanco". Ellos hicieron el juramento de Hipócrates: de curar y entregar alivio al dolor ajeno.

Apoyo el plan Auge. Veo la oportunidad de reformar la salud pública al servicio de Chile, de su pueblo. Ésa es la opción.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Sólo restan 23 minutos de tiempo a la bancada del PPD y hay cinco diputados inscritos para hacer uso de la palabra.

Tiene la palabra el diputado señor Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señora Presidenta, en primer lugar, tengo que agradecer, y lo digo muy sinceramente, al diputado señor Jaramillo por las expresiones que ha vertido acerca de los médicos que formamos parte de la Comisión de Salud de la Cámara y de otros que, sin integrarla, han

DISCUSIÓN SALA

contribuido a perfeccionar el proyecto que hoy debatimos. El diputado señor Jaramillo ha tenido expresiones e incluso consideraciones que demuestran que a este Poder del Estado pueden llegar profesionales que, por sus conocimientos técnicos y experiencia, incorporan, además, un gran espíritu de servicio público, porque eso es lo que nos tiene aquí y lo que, lamentablemente, aparece como una dificultad para legislar en bien de Chile y no sólo en beneficio de algunos sectores.

En mi intervención trataré de circunscribirme al proyecto que hoy analizamos, sin entrar en las generalidades sobre la situación de la salud, que ya fue expresada por oradores que me precedieron en el uso de la palabra y que, además, fueron dichas en una reciente oportunidad cuando analizamos el proyecto de autoridad sanitaria y de gestión. Para circunscribirnos al proyecto, que establece un régimen de garantías específicas, debemos entenderlo en el contexto de lo que significa el derecho a la protección de la salud, garantizado en el artículo 19, número 9, de nuestra Carta Fundamental, pero cuyos términos podrían ser considerados como limitantes o restrictivos. La Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades. De ahí que, apareciendo como restrictivo lo señalado en el número 9 del artículo 19, existe la necesidad de acotar, complementar o recordar otros preceptos. En tal sentido, los incisos cuarto y quinto del artículo 1º de la Carta Fundamental corroboran que, en su conjunto, están acordes con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud. En su conjunto, no hay límites a la protección de la salud.

Estas consideraciones dan sustento al proyecto en análisis, que establece un régimen que acota en el sentido correcto la forma de suplir, entregar o acceder a este derecho. La acción especialmente tecnicada de sucesivos gobiernos en las últimas décadas ha permitido que la situación de Chile mejore paulatinamente y obtenga logros en lo referente a indicadores biodemográficos y de salud pública que lo colocan a la cabeza de América Latina. Sin embargo, nos encontramos con la paradoja de que la opinión pública demuestra una evidente insatisfacción en lo que se refiere a la forma como recibe la atención de salud, lo que transforma al sector en un área muy conflictiva.

Es indudable que, desde perspectivas macroeconómicas, se observa, como ya se ha mencionado, una preocupante expansión del gasto público y privado -no entregaré cifras, porque ya las conocemos, lo que hace inoficioso referirse a ellas-, ineficiencia en la asignación de recursos y en su productividad, dispersión, burocracia y ausencia de fiscalización en diferentes niveles del aparato público. El señor ministro ha atendido a esta observación en numerosas ocasiones. Por supuesto, no se trata de una responsabilidad de él ni de lo ocurrido durante estos últimos años, pues tradicionalmente ello ha sido así. No existe en Chile una fiscalización, control o supervisión adecuados para el buen uso de los recursos.

Por otra parte, se constata una insuficiente regulación por parte de los

DISCUSIÓN SALA

administradores privados de seguros de salud. La ciudadanía tiene escasa comprensión del rol de la autoridad sanitaria. Asimismo, también hace falta algo que ya se ha mencionado aquí, esto es, una integración armónica de los subsistemas público y privado. Al no estar integrados, se genera sobreinversión de recursos, subutilización de infraestructura y deficiente utilización de recursos humanos.

Todo ello hace necesario contar con instrumentos que permitan garantizar la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la libertad, todo lo cual debe estar presente en cualquier sistema de salud moderno. De ese modo, se estará en condiciones de responder a las demandas del presente y del futuro. Esto es lo bueno que vemos en el proyecto en debate.

Otro punto positivo consiste en acotar y precisar los tiempos de satisfacción de la demanda, con prestaciones de calidad acreditadas y con mayor protección financiera. Nadie que tenga dos dedos de frente puede rechazar estas propuestas. Tal vez se pueda discrepar de la forma en que se planteó la estrategia por seguir. Algunos sostenemos que quizá no había que emprender una reforma de tanta envergadura, sino perfeccionar el sistema mixto de salud existente en la actualidad con una decisión política que materializara los fines perseguidos por el Auge, esto es, priorizar los problemas de salud de acuerdo con los recursos disponibles. Por eso, aplaudimos la iniciativa y la apoyamos desde un comienzo.

Se ha optado por priorizar un conjunto de enfermedades y condiciones de salud, a fin de ser abordadas con carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitatorio y paliativo, aspecto que no puede ser rechazado, aunque sea cuestionable la forma en que se elaboró el listado de las 56 enfermedades. Nos hubiera gustado que en esa elección hubieran participado las sociedades científicas correspondientes, punto que hoy se está modificando.

También se ha procurado que el régimen de garantías sea estandarizado, universal e integral, acorde con los objetivos del país y los recursos disponibles, lo que tampoco puede ser rechazado. Si el número de enfermedades cubiertas por el plan alcanza a 56 es porque los recursos no lo permiten de otro modo. Lo óptimo hubiera sido incluir la mayor cantidad de patologías, incluso aquellas que aparecen en el listado de Fonasa. Sin embargo -repito-, los recursos no lo permiten, por lo que nadie puede oponerse racionalmente a esta iniciativa, la que está acorde con las demandas de mayor necesidad de la población.

Por esto y muchas otras razones, apoyamos desde un comienzo esta iniciativa. En efecto, respaldamos esta idea desde enero o febrero del año en curso, cuando recién se comenzó a hablar del Auge y ni siquiera conocíamos el texto de la iniciativa.

Creemos que, desde un punto de vista médico, debía actuarse con esa ética, y desde el punto de vista humano, con esa moral. Todos queremos que los chilenos tengan una calidad de salud acorde con nuestras necesidades y que ésta no sea postergada ni discriminada por nada, menos aún invocando razones sociales o económicas.

DISCUSIÓN SALA

Al mismo tiempo -reitero-, planteamos nuestro interés en colaborar racionalmente en el perfeccionamiento de la iniciativa. Estimamos que su objetivo es de tal trascendencia que no podía ser tratado bajo regímenes de urgencia. En los hechos, muchas indicaciones fueron presentadas por el Ejecutivo minutos antes de iniciarse las sesiones respectivas, y siempre se contó con la predisposición favorable de los parlamentarios de la Alianza por Chile para mejorarlas. Con ello, hemos querido demostrar que las políticas de salud deben estar por encima de los partidos políticos o de grupos de interés.

Nos preocupan algunos temas puntuales, como las limitaciones a algunas libertades de elección y la no concordancia completa con el proyecto sobre deberes y derechos de las personas.

Además, planteamos observaciones respecto al consejo consultivo y a la proposición de dos instancias de fiscalización: una para el subsistema público y otra para el privado. Nos pareció inconveniente aplicar, por dos equipos diferentes, criterios que pueden ser distintos para un régimen que exige igual tiempo, calidad, oportunidad y financiamiento. Por ello, propusimos en la Comisión la existencia de una sola instancia que, bajo la forma de una superintendencia de salud, se encargue de supervigilar y controlar el Fondo Nacional de Salud y las isapres en cuanto al cumplimiento del acceso universal y con garantías explícitas a la salud y a la ley de derechos y deberes de las personas.

Esta indicación fue declarada inadmisibles por la Comisión. Sin embargo, confío en que el Ejecutivo la acoja durante el segundo trámite. Al menos, así me lo ha hecho saber el ministro de Salud. Se trata de una proposición que da solución a un problema que fue controversial al interior de la Comisión: me refiero a la creación de una superintendencia de salud que no sólo tenga que ver con el Auge, sino con la salud en general. En el fondo, estamos planteando la creación de un organismo que sea decisivo para integrar, de una vez por todas, a los subsistemas público y privado de salud, optimizando al máximo el uso de los recursos.

Hace dos semanas despachamos al Senado otro proyecto relacionado con la reforma: el relativo a la autoridad sanitaria y de gestión. Señalamos en esa oportunidad que confiábamos en que ese instrumento legal, como el que hoy nos ocupa, fuera usado en forma eficiente, a fin de lograr lo que todos deseamos: una mejor calidad de salud para todos los chilenos. Confiábamos en esa posibilidad cuando enunciamos ese deseo y esperamos que esa confianza no se frustre. Aún más, que en las próximas iniciativas, especialmente las relacionadas con el financiamiento, que aún no ha iniciado su discusión en las Comisiones unidas, su análisis esté acompañado por el informe sobre auditorías realizadas en tres servicios de salud, a petición de esta Cámara, para que permita objetivizar racionalmente cómo se usan los recursos humanos, materiales y económicos en el sector.

El señor ministro de Salud recibió de nuestras manos, hace una semana, un documento que permite precisamente estudiar la forma en que se usan estos elementos en los principales hospitales del país y en los

DISCUSIÓN SALA

servicios de salud. Incluso, el día de mañana se podría establecer un ranking acerca de la forma en que están actuando estos servicios de salud y los diferentes hospitales.

Aquí ya se ha dicho, y no hay ninguna duda, que el proyecto que hoy nos ocupa, que establece el Régimen de Garantías en Salud, es muy bueno. Además, que también es muy bueno el proyecto sobre Autoridad Sanitaria que está en el Senado. El buen uso de estos dos instrumentos debería garantizar que la ciudadanía, en el futuro, tendrá una mejor calidad de atención, especialmente en lo que a salud se refiere.

No hay ninguna duda de que es importante el financiamiento, pero el proyecto sobre esa materia se debe analizar sobre bases sólidas, incontrovertibles, que nos permitan decir al país que tanto miles de millones de pesos son los que necesitamos en el sector, adicionales al billón 400 mil millones con que se cuenta para el próximo año, o decirle que usando mejor los recursos que hoy disponemos vamos a iniciar, paulatinamente, el incremento de lo que hoy es el plan Auge, que cubre 56 patologías.

En definitiva, anuncio que votaremos positivamente la idea de legislar y que repondremos algunas indicaciones que hasta este momento no han sido acogidas.

Estoy cierto de que Chile necesita contar con una buena reforma de salud y con ese espíritu es que entregamos nuestro aporte.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora María Eugenia Mella.

La señora **MELLA** (doña María Eugenia).- Señor Presidente, nadie discute la importancia de una reforma de salud. He escuchado las distintas opiniones tanto en las comisiones respectivas como en esta Sala, y hay consenso en la necesidad de este cambio profundo.

En la década de los años 80 el aporte en Salud fue muy precario, llegando al 0,6 por ciento del producto interno bruto y, por lo tanto, hubo que incrementarlo, tal como se ha dicho aquí, tres veces ese porcentaje durante este período.

Quiero destacar también que en la década de los años 90 se requirió no sólo de la adquisición de nuevos implementos, sino también de la recuperación de toda la infraestructura en decadencia por todos los años que pasó sin mantenimiento o sin recibir inversión. Se necesitaba generar nuevas infraestructuras acordes con el desarrollo tecnológico, con el cambio en la situación epidemiológica -reconocido aquí por todos- y con el aumento de las personas que requiriere atención.

Es justo reconocer los problemas de gestión como lo ha hecho el Ejecutivo, producto, algunos de ellos, no sólo de la rigidez de una estructura inadecuada para responder a los requerimientos actuales, sino también de otras carencias que tenemos los seres humanos para enfrentar algunos de

DISCUSIÓN SALA

estos desafíos.

El proyecto que hoy nos preocupa, sobre Régimen de Garantías en Salud, que es parte de esta reforma, contiene principios orientadores, tales como el derecho a la salud, la solidaridad, la eficiencia en el uso de los recursos y la participación social en salud, aceptados y apoyados por todos.

El derecho a la salud ha sido ampliamente discutido. No sólo basta con que la Constitución Política de Chile lo establezca, sino que también es indispensable garantizarlo a la población mediante disposiciones legales y reglamentarias, para que ésta conozca y sepa todo lo referente al acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera.

El proyecto enfrenta el ámbito de salud de las personas con una fuerte orientación a su promoción y prevención -quiero destacarlo porque lo hemos dicho desde los primeros momentos del análisis de la reforma- a través de una atención primaria de alta resolutivez, vital para que no se llegue a la enfermedad o para evitar que alcance límites no recuperables, ocasionando un gasto mayor y sin beneficios claros para la población.

No podemos pretender que cambios de esta envergadura se den por el solo ministerio de una ley. De allí que este proceso de desarrollar un sistema de garantías requiere de una adecuada incorporación de modificaciones profundas en la estructura de salud al nuevo modelo que se requiere hoy, y que está recogido en el proyecto de ley de Autoridad Sanitaria y Gestión que ya despachó esta Cámara y que actualmente se encuentra en trámite en el Senado. Pero requiere, además, y en forma vital, de la apertura de los funcionarios del área de la salud a una nueva institucionalidad, a una mirada moderna y de futuro respecto de las necesidades que la población precisa hoy atender, con gran urgencia.

De allí que es muy importante establecer la gradualidad en la incorporación de patologías y procedimientos a este sistema garantizado. Nuestro anhelo sería que pudiesen estar todas incorporadas, pero tenemos que reconocer que este proceso, para darle una real garantía a todas las personas, requiere adecuarse a estas modificaciones.

Todo lo anterior, por supuesto, sin perjuicio de una permanente preocupación de todos los diputados -se discutió mucho en las Comisiones de Hacienda y Salud, y fue acogida también por el Ejecutivo, a través del ministro señor Osvaldo Artaza- por la atención que, ha quedado perfectamente claro, se seguirá entregando a aquellas personas que padecen enfermedades, que, de acuerdo al proyecto de ley, no están incorporadas plenamente en el sistema garantizado.

Tengo plena confianza en el criterio de los profesionales médicos, de enfermería, de obstetricia y otros, respecto del equilibrio que siempre ha debido existir al tomar decisiones de atención, priorizadas las exigencias legales, normativas y la del estado de gravedad del paciente.

La experiencia de todos estos años nos dice que debemos confiar en que el criterio "economicista" que algunos han planteado no primará respecto de las patologías que están garantizadas dentro de las que hoy no están garantizadas en un ciento por ciento. Confiamos en lo que ha

DISCUSIÓN SALA

planteado el ministro en el sentido de que el Ejecutivo va a formular una indicación para mejorar este aspecto. Por lo tanto, creo que no deberían existir ni dificultades éticas ni de otra índole para enfrentar esta situación.

Tengo plena confianza en que después del análisis particular del proyecto tendremos un sistema no sólo útil, sino absolutamente necesario para responder a la gente, que quiere que terminen las listas de espera; quiere tener una atención justa; quiere tener acceso a recuperar su salud; quiere, en fin, tener derecho a vivir sin perjuicio de que su situación económica interfiera en la calidad de atención que va a recibir.

Junto con los parlamentarios de la bancada demócratacristiana vamos a aprobar el proyecto en general, porque dentro del conjunto de las iniciativas de la reforma juega un papel muy importante y directo en la salud de las personas. Según se ha visto en las Comisiones de Salud y de Hacienda, con el aporte de todos vamos a superar aquellos problemas que han surgido en el articulado. De esa manera se despachará un mejor proyecto para dar respuesta a las expectativas del país.

La salud no puede esperar. El derecho de las personas a tener acceso a ella, independiente de su nivel socioeconómico, hace imperativo que avancemos en esta materia.

La respuesta que estamos dando como Congreso Nacional nos debe tener satisfechos. Con prontitud y trabajo esforzado estamos sacando adelante un plan de salud que es imprescindible para la comunidad y que ha sido prioritario para el gobierno de la Concertación.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Masferrer.

El señor **MASFERRER**.- Señor Presidente, estamos ante uno de los proyectos más relevantes y de mayor importancia para mejorar la salud en nuestro país. Además, es el grito de guerra que tiene la ciudadanía, en forma muy especial la gente más modesta.

Pero antes de entrar a mi análisis, quiero responder al diputado Aguiló -a quien no veo en la Sala- que el Instituto Libertad y Desarrollo no es de la UDI. Esto lo aclaro para que él amplíe sus conocimientos.

En cuanto al seminario realizado por el Instituto, no es efectivo que en él se formulara una propuesta para privatizar la salud. Yo leí sus conclusiones, y lo que se proponía en dicho seminario era darle más autonomía o descentralizarla. A lo mejor él cree que eso es privatizar. Debe ser porque algunos de los rezagos del pasado le pueden quedar.

Entrando en materia, la idea fundamental del proyecto en discusión, el Auge, es priorizar ciertos grupos de enfermedades para dar las prestaciones correspondientes con ciertos requisitos mínimos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Y esto todos lo compartimos.

El Colegio Médico y otros organismos gremiales señalan que la priorización discrimina, debido a que se va a privilegiar al paciente "Auge" en

DISCUSIÓN SALA

relación con el "no AUGE". No se puede negar esta veracidad manifestada por el Colegio, porque en un instructivo del mismo Ministerio de Salud se confirma lo anteriormente expuesto al solicitar a los hospitales públicos que privilegien las enfermedades que se encuentran dentro del "mini AUGE".

Antes de adoptar una posición definitiva, corresponde hacer una serie de precisiones. Se sostiene que no es posible realizar una reforma a la salud integral que abarque todas las enfermedades, sin discriminación de ninguna especie. Otros sostienen lo contrario. Para que ello fuera posible se requiere de una profunda reforma, tanto en la administración como en la estructura relacionada con el sector Salud. Sin embargo, el proyecto de ley que modifica la gestión hospitalaria no contempla una reforma planteada en los términos expresados, por lo que se hace lógico y necesario pensar en una priorización de recursos.

Por eso, parece razonable la propuesta enviada inicialmente por el Ejecutivo. En ella se establece un orden de enfermedades que van a ser atendidas con preferencias, que fue determinado sobre la base de un índice epidemiológico que señala cuáles son las enfermedades más graves y frecuentes que afectan a los chilenos.

Por las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta que Chile es un país no de pocos recursos, sino de escasos recursos, parece positiva la idea de establecer un orden de prioridades de tratamiento de enfermedades. Si bien ello, en la práctica, va a significar una especie de discriminación en contra de los enfermos "no AUGE", es un avance sustancial para el tratamiento de las enfermedades que más afectan a los chilenos. Evidentemente, una vez que se pueda cubrir adecuadamente el tratamiento de estas 56 patologías, se podría continuar con la misma fórmula incorporando otras enfermedades distintas que no están incorporadas en este momento. Creo que ésta es la tarea y lo que debiéramos hacer a futuro en la forma más rápida.

Indudablemente, todo esto debe ir de la mano de una profunda reforma a la administración pública de la Salud. Si ésta no se hace va a continuar el despilfarro de recursos en la misma forma que ha sucedido en la década de los años 90, en que se triplicó el presupuesto de la Salud e igualmente bajó el índice de eficiencia en las prestaciones efectivamente otorgadas.

El proyecto de ley enviado originalmente por el Ejecutivo contemplaba una serie de instituciones y normativas que fueron rechazadas en la Comisión de Salud. Me imagino que muchas de ellas serán repuestas por el Ejecutivo vía indicación en la Sala. Por ejemplo, parece razonable la existencia de un consejo consultivo. Sin embargo, no es del todo adecuado que se designen a dos miembros, uno del campo de la medicina y otro de la economía para componer dicho consejo. Tal vez sea más apropiado que sea integrado por dos decanos de las facultades de medicina y economía, respectivamente.

Este es un aspecto muy importante, porque en la sesión de la Comisión de Salud, efectuada el martes, el diputado Accorsi hizo presente

DISCUSIÓN SALA

que los decanos querían venir a exponer ante la Comisión. Al respecto consulté algo que me parecía de toda lógica, porque partía de la premisa de que el Ejecutivo antes de enviar estos proyectos, debió haber tenido algún intercambio de opinión con personeros especializados.

Estaba presente el subsecretario, pero no contaba con este tipo de antecedentes. Quizás sería bueno que el señor ministro, aprovechando que está en la Sala, nos informara si fueron consultados los profesionales, porque me parece de la mayor importancia. De allí que el Colegio Médico reclame que no han sido escuchados.

En el Título II se establece la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud, de la que se ha hablado bastante en la Sala. Su función principal será fiscalizar y controlar el Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del régimen de garantía. De esta forma la fiscalización del otorgamiento del régimen respecto del Fonasa la efectuará esa superintendencia, y respecto de las isapres, lo haría la Superintendencia de Isapres.

Debería existir una sola superintendencia que fiscalice las enfermedades establecidas en el plan Auge. Porque si son dos superintendencias, habrá dos criterios para analizar el cumplimiento del Fonasa y el de las isapres.

Mediante el artículo 35, que pasa a ser 23, se establece la creación del Fondo Maternal Solidario, que se financiará con una nueva cotización del 0,6 por ciento de la remuneración, renta o pensión imponible devengada de cada uno de los afiliados a las instituciones de salud previsual, al Fondo Nacional de Salud, más el aporte fiscal.

Al respecto, quiero aclarar que no es que se aumente, sino que se saca del mismo siete por ciento obligatorio consignado en la ley. Sin duda, esto encarecerá los programas, porque a quien no le alcance para financiar su contrato con la Isapre, tendrá que realizar un aporte mayor.

Tampoco es conveniente eliminar el subsidio del Estado para el financiamiento de las licencias maternales. Ésa es la alternativa que permite compatibilizar el trabajo de la mujer con la maternidad.

En ese sentido, habrá que discutir mucho más, porque en el estudio de éste y otros proyectos de ley, la Cámara limita mucho nuestro tiempo para proponer y convencer a los colegas, a fin de sacar una ley mejor. Por ejemplo, este proyecto queremos despacharlo en tres horas. Muchos encontrarán que ese tiempo es mucho; pero yo les digo que, tratándose de proyectos de la salud, ese tiempo es demasiado poco.

Otro beneficio que otorga el proyecto es el bono. Es un mecanismo automático idóneo, que permite al usuario del sistema público exigir, en forma expedita y sin procedimiento previo, el cumplimiento de los derechos garantizados por el Auge.

El mecanismo de fiscalización y reclamo va a ser lento y burocrático, y conducirá a la judicialización del sistema. Es decir, si una persona no es atendida, tendrá que hacer cola en los tribunales de justicia. Espero que la reforma judicial que está operando en gran parte de Chile tenga los espacios

DISCUSIÓN SALA

suficientes, si no somos capaces de atender a tanta gente que hoy solicita atención en los servicios de salud.

Por eso, a pesar de que presentamos una indicación en la Comisión, con el diputado Forni fuimos a conversar con el señor ministro de Salud sobre el bono. Ojalá que a este bono le pongan límite de tiempo para una atención de apendicitis, por ejemplo. Si no es atendido en ese lapso de tiempo, el paciente puede hacerlo efectivo en un hospital o en una clínica que tenga convenio con Fonasa. De esa manera, estaríamos dando cumplimiento a la garantía. No es una cosa menor. Si acogemos estas propuestas, mucha gente creerá en la reforma a la salud y en el proyecto del Auge, que significa acceso universal garantizado. ¿Cómo se hace eso? A través del bono. De esa manera, la gente podrá decir que es real, que es cierto, que se puede solucionar su problema de salud, porque tiene su bono en la cartera. Y si no lo atienden en un lapso de dos o tres meses, va y lo hace efectivo.

Ojalá que estas propuestas sean acogidas. En caso contrario, tendremos que insistir, para lo cual pido que otras personas se vayan sumando. Ésta no debería ser la propuesta de una sola persona, sino de toda la Cámara y del Gobierno.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora Ximena Vidal.

La señora **VIDAL** (doña Ximena).- Señor Presidente, quiero pedir permiso a todos los médicos presentes para compartir mi opinión sobre un tema tan importante, desde el punto de vista sociocultural.

Me llama la atención que exista tanta resistencia a este proyecto por parte de algunos sectores, en circunstancias de que en Chile se necesita una atención en salud más digna, más completa, más cercana y más acogedora. Tenemos un promedio de vida calculado en 70 años, y es mucha la gente que padece diferentes enfermedades infecciosas, cardiovasculares, cánceres, etcétera. Se sabe que el actual sistema no responde en forma adecuada a las necesidades de la gente. Es una realidad que constatamos día a día, cuando conversamos con las personas en nuestros distritos, con las autoridades locales, con los dirigentes sociales y con todas las personas que se atienden en el sistema de salud.

Por eso es necesario hacer la reforma; por eso este proyecto, de aprobarse, significará una tremenda revolución; una vez convertido en ley se constituirá en uno de los pilares más importantes del gobierno del Presidente Lagos, haciendo justicia en un ámbito de la relevancia más superlativa. La salud ha debido esperar durante mucho tiempo, de manera cautiva y dolorosa, por un cambio que ponga límite y término al actual estado de cosas en materia de salud pública en Chile y sea acorde con los objetivos nacionales de salud trazados por el Supremo Gobierno.

Debemos tener claro que el plan Auge persigue hacer frente a la

DISCUSIÓN SALA

gravísima situación por la que atraviesa la salud pública en general, promoviendo soluciones desde una reflexión profunda y acabada sobre el tema.

Es necesario que la gente sepa en su totalidad de todos los aspectos de este proyecto, que estamos empeñados que nazca a la vida legal. El principal propósito es permitir un acceso igualitario a las prestaciones de salud y protección de la vida de las personas. El proyecto establece acceso global a una gran cantidad de prestaciones de buena calidad que permitan alcanzar los objetivos que se persiguen en la mayoría de las ocasiones, y establece una categoría de garantías explícitas, tales como las del acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera a los usuarios. Las vigas maestras del plan Auge están dadas no sólo por la orgánica de la nueva autoridad sanitaria que establece, sino también por las prioridades sanitarias que estatuye, regula y propone, en atención al problema epidemiológico de Chile.

Cuando hablamos de cobertura, en términos simples y a manera de ejemplo, nos referimos a todos los cánceres infantiles, de vesícula biliar, mama, cuello uterino, testículos, próstata; a leucemia, linfoma, enfermedades cardiovasculares, infartos agudos al miocardio, accidentes vasculares encefálicos, hipertensión arterial y cardiopatías congénitas, enfermedades respiratorias, problemas oftalmológicos, mentales y dentales, como, además, a consultas a nivel primario, lo que constituye un enorme beneficio para miles y miles de chilenos que esperan con ansia acceder a un médico sin tener que desembolsar cantidades de dinero que, a veces, quienes no están cubiertos por el sistema privado, no pueden costear. Por eso, con la garantía universal que contiene el plan Auge se responde a las necesidades reales.

Se establecen garantías básicas para quienes, por indigencia o carencia de recursos, no pueden acceder a prestaciones de salud y que, si hoy las llegan a recibir, es sólo en forma parcial. Las circunstancias que acrediten la indigencia serán determinadas por mecanismos estrictos. En efecto, un decreto supremo establecerá cómo acreditar tal calidad, a fin de precaver los fraudes que hagan inviable la iniciativa.

Es de mucha importancia señalar, también, que las garantías en salud se manifiestan de manera orgánica en el proyecto. Se crea una defensoría para cautelar los derechos de las personas, en materia de salud, consagrados en la normativa correspondiente.

Con lo anterior se dará un paso innovador y creativo hacia la implementación de un sistema responsable de acceso universal a la salud, que responda a la demanda de la ciudadanía, no sólo para oírla sino también para resolver, de manera clara y justa, los problemas que provengan del ámbito público y privado.

Además, en materia orgánica, el proyecto crea una superintendencia de salud que posibilitará la fiscalización adecuada y pertinente en materia de acceso y prestaciones que el Fondo Nacional de Salud y los órganos privados efectúan.

DISCUSIÓN SALA

Ese servicio, al que le corresponderá velar por el cumplimiento de la normativa legal de las instituciones de salud, podrá interpretar administrativamente las materias de su competencia; impartir instrucciones de carácter general, fiscalizar los contratos que expidan las instituciones privadas de salud y los beneficiarios, con el claro propósito de facilitar su correcta interpretación y controlar su estricto cumplimiento, tema especialmente sensible hoy en materia de prestaciones de salud efectuadas por las isapres.

Es muy importante que conversemos en forma específica cada detalle para que las personas que utilizan esos servicios tengan claro qué significa el plan Auge: solidaridad en salud, eficiencia en el uso de los recursos, generación de instancias de participación social en la salud.

Después de votar favorablemente el proyecto debemos acercarnos a la gente para explicarle el plan Auge, en forma simple y directa, en un puerta a puerta de la salud, como lo hicimos hace quince días con los ministros del Presidente Lagos.

Felicito al ministro de Salud y a su equipo por el trabajo realizado, pues el proyecto es solidario, eficiente y genera las instancias necesarias de participación en la salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, hoy damos respuesta a una de las principales inquietudes de los chilenos -en todas las encuestas manifiestan sus temores y desconfianzas respecto de lo que podría pasar frente a una enfermedad-: la salud, y especialmente la pública.

Esta es la gran oportunidad de contestar a las personas que se preguntan por qué muchos parlamentarios tenemos aprensiones sobre la reforma de la salud.

En primer lugar, todos los chilenos creemos que es urgente reformar el sistema de salud, a fin de que se resuelva la mayor parte de los problemas existentes en el área: listas de espera -50 mil personas deben ser intervenidas-, la no entrega de medicamentos en los consultorios, la falta de recursos para que la gente se haga los exámenes, etcétera.

Pero la reforma de la salud no soluciona todos esos problemas, sino que es, exactamente, una selección de 56 patologías que constituyen, prioritariamente, las principales causas de muerte en el país, como algunos cánceres en los niños, y los de mayor ocurrencia en adultos: a la vesícula, a los testículos, leucemia, linfoma, gástrico, biliar; los cuidados paliativos del cáncer terminal, etcétera, pero lo que no se ha dicho en la publicidad que se hizo para explicar la reforma es que, desgraciadamente, esas 56 patologías dejan afuera muchas otras. Por ejemplo, la cirrosis al hígado, los cánceres al

DISCUSIÓN SALA

esófago, al colon y al páncreas, las infecciones urinarias, los tumores malignos del hígado, la insuficiencia cardíaca, el cáncer a los ovarios, la tuberculosis pulmonar, la pancreatitis aguda, la insuficiencia hepática, el glaucoma, el melanoma, la osteoporosis, el cáncer al pulmón y otras. Pero la atención de esas patologías también tiene un límite, que el Ejecutivo ha denominado situación de riesgo, que se determina por edad, sexo u otras razones.

Como mujer quiero hacer especial referencia al cáncer de mama que, junto con el cáncer cérvico uterino son las principales causas de muerte en la mujer. Se establece, por ejemplo, que las mujeres de más de 40 años tendrán la posibilidad de hacerse sólo una mamografía en su vida. ¿Qué pasará después de esa edad, cuando es mayor la propensión a producir la enfermedad?

Lo mismo pasa con la atención de la salud mental, área en la cual hay un gran déficit. Si bien es cierto que el plan Auge la considera, el tratamiento de neurosis, especialmente en el caso de las mujeres, queda restringido hasta los 44 años, en circunstancias de que todos sabemos que el climaterio y la menopausia son grandes productores de neurosis en las mujeres, sobre todo después de los 44 ó 50 años. Para ellas no hay atención.

¿Qué pasa, por ejemplo, con la rehabilitación en los casos de alcoholismo y consumo de drogas? Si bien está considerada en el plan Auge, sólo serán atendidos los pacientes de 15 a 24 años. ¿Qué pasa si un joven, que está más expuesto a esa situación y que, por lo tanto, es sujeto de mayor riesgo, necesita rehabilitarse después de los 25 años?

Si bien considero que estas garantías de atención están bien elegidas y son importantes, habrá pacientes de primera y de segunda, según las enfermedades que los afecten. Los de primera, sin duda, van a ser bien atendidos, con costos bien evaluados y se salvarán muchas vidas, aunque los expertos aseguran que no sobrepasarán el 40 por ciento. Sabemos, sin embargo, que sólo Dios puede determinar cuándo es posible resolver una enfermedad de riesgo, pero ése no es un punto de discusión en este tema.

¿Qué pasará con el resto de los chilenos que serán afectados por patologías que no están incluidas en el plan Auge, que, según las sociedades científicas, son más de ocho mil? ¿Cómo se va a sentir el día de mañana una persona que lleve a su marido o a su hijo con una cirrosis al hígado a un establecimiento hospitalario y le digan que esa patología no está considerada en el plan Auge y que, por lo tanto, debe esperar?

Además, por la atención de las enfermedades comprendidas en el plan Auge se va a pagar el costo real, mientras que por las otras patologías, el que está fijado hoy y muchas veces, la mitad, una de las principales causas de la crisis hospitalaria. Ello, porque los hospitales deben atender a las personas y asumir prevenciones de riesgo, tanto en cirugía como en otros tratamientos, pero no a su costo real. Por ejemplo -no tengo las cifras exactas-, si una operación de apendicitis vale 100, el hospital recibe 50. Eso significa que por cada atención importante los hospitales se endeudan cada vez más e incrementan la deuda hospitalaria, que asciende a más de 60 mil millones de pesos.

DISCUSIÓN SALA

Por lo tanto, no nos oponemos a la reforma de la salud ni a las 56 patologías que se han incluido en ella, pero no podemos dejar de manifestar nuestras aprensiones y preguntar, como lo haría cualquier persona, ¿qué pasará con el resto de las enfermedades?, ya que los hospitales preferirán dar atención a los enfermos de patologías incluidas en el plan Auge, debido a que serán pagadas a costo real y porque si no lo hacen serán demandados.

Ésa es la preocupación más grande que tenemos respecto del Auge, la que también ha sido planteada tanto por el Colegio Médico como por el resto de las asociaciones médicas. A ellos les inquieta lo que pasará en el futuro con los chilenos que no podrán ser atendidos, aun cuando la publicidad del plan -que en cierto modo ha sido engañosa, que ha costado 600 millones de pesos y que no ha logrado que nadie entienda lo que significa dicho plan- ha dejado a la gente con la sensación de que la reforma a la salud resuelve todos sus problemas.

Por otra parte, cuando se pretende hacer una reforma como el Auge, que implica mayores especialidades, infraestructura y mejor equipamiento, la gran pregunta es cuántos hospitales del país estarán en condiciones de responder a la demanda de personas que recurrirán a ellos por atención especializada y garantizada, y que si no la reciben, podrían demandarlos y les provocarán graves problemas.

¿Cuántos hospitales que cumplen con las exigencias para prestar las atenciones que garantiza el Auge no tienen deuda? La mayor parte de los establecimientos de salud están endeudados. Por eso el Colegio Médico ha planteado sus dudas y ha señalado que no se puede hacer una reforma a la salud sobre una deuda hospitalaria de 60 mil millones de pesos. A mi juicio, eso es como si sobre una mediagua se construyera un segundo piso de hormigón armado. Para que la reforma sea una realidad debe tener bases sólidas, por lo que es necesario dotar al sistema médico y de salud de lo que hoy no tienen.

Una señora me expresó hoy que en el consultorio de su comuna no entregaban remedios, porque no contaban con ellos. Lo señalo porque otra preocupación es si con la reforma habrá remedios para los consultorios, aunque lo más probable es que no sea así.

Asimismo, un niño me preguntó ayer qué tenía que estudiar para entender lo que hablan los políticos, porque trataba de entender, pero no comprendía nada. Sin duda, para las personas es difícil entender cuando, por una parte, hay grandes expectativas sobre una reforma y, por otra, grandes discusiones.

Más allá de lo anterior, me preocupa cómo se financiará el Auge. Si bien hay un proyecto para ese efecto, siento que, hasta el momento, dicho plan no tiene un financiamiento viable. De hecho, en la Comisión de Salud algunos diputados ya manifestaron su aprensión por el establecimiento del impuesto al diesel, debido a que podría incidir en el aumento de la cesantía, en el incremento del costo de los transportes y por el impacto que podría tener en la pequeña y mediana empresa. Pero ¿qué pasó con el porcentaje Pro Crecimiento que se suponía financiaría el Auge? ¿Qué ocurrió con el

DISCUSIÓN SALA

fondo solidario y con el subsidio maternal? ¿Se va a terminar con ese subsidio y se recargarán los planes de salud en 0,6 por ciento? Hay muchas dudas al respecto, por lo que es importante no dejar el tema de lado. Si bien hoy el presupuesto de salud asciende a más de un billón cuatrocientos mil millones de pesos, monto que ha crecido en 200 por ciento en los últimos años, quizás sea importante reiterar lo que tantas veces hemos planteado: la necesidad de fomentar la eficiencia en el gasto y en la administración de la salud.

¿Qué pasa con las licencias médicas, cuyo otorgamiento constituye un alto costo para el país? Ayer estuvo aquí la superintendente de Seguridad Social, señora Ximena Rincón, quien nos informó que el año pasado se presentaron más de dos millones de licencias médicas y que en los últimos diez años habían aumentado en 250 por ciento. Sin duda, algo hay que hacer en esta materia, pues esos recursos no están bien fiscalizados.

¿Qué pasa con la propuesta para que los independientes estuvieran obligados a cotizar?

Esperamos que la reforma sea un éxito, pero queríamos plantear nuestras dudas y aprensiones. Por otra parte, la mayoría de nuestras indicaciones han sido rechazadas. Nos preocupa observar que hay una postura predeterminada en el tema, muchas veces inflexible. En ese sentido, alabo la persistencia del ministro de Salud, ya que nunca ha faltado a las sesiones de la Comisión; pero critico su inflexibilidad, aunque ha planteado que muchas de las propuestas serán analizadas en una segunda etapa, lo que esperamos sea cierto.

Termino señalando que no puede haber chileno bienintencionado al que no le importe el bien común y su patria, que no desee que esta reforma sea un éxito. Sin embargo, aún queda mucho camino por andar y mucho que enmendar y corregir para que sea viable y cumpla con los objetivos propuestos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, agradezco las palabras de la diputada señora Cristi, a quien quiero señalar que efectivamente en la Comisión trataremos un aspecto al que se refirió aquí, que también nos preocupa: cómo podemos dar tranquilidad a la ciudadanía respecto del resto de las enfermedades que no están contenidas en el régimen de garantía o en las prioridades sanitarias.

El sentimiento que compartimos con la diputada señora Cristi obligará al Congreso a otorgar el financiamiento necesario para que la reforma tenga sustento, ya que todo lo que podamos ofrecer en salud para la población tiene un correlato financiero, por lo que no es conveniente crear falsas expectativas. Por lo tanto, en la discusión de los proyectos se debe tener en cuenta que éstos requerirán un esfuerzo de la sociedad, tanto en eficiencia como en la entrega de los nuevos recursos que se necesiten; eso jamás

DISCUSIÓN SALA

debemos perderlo de vista en el debate que sostendremos más adelante.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo de la bancada del Partido Socialista, tiene la palabra, por cinco minutos, el diputado señor Escalona.

El señor **ESCALONA**.- Señor Presidente, quiero expresar nuestro respaldo a la iniciativa que propone mejorar la atención sanitaria en el país y superar las dificultades que presenta, tanto las tradicionales como las surgidas del cambio del perfil epidemiológico que se ha producido en los últimos años y de las actuales características de la población.

Es cierto que desde 1990, en poco más de diez años, ha habido un aumento positivo del aporte fiscal. Pero no ha resuelto las dificultades, porque esos recursos han sido utilizados para hacerse cargo de problemas que se arrastraban de mucho tiempo, como mejorar las remuneraciones de los trabajadores del sector, de los médicos, de otros profesionales y de los auxiliares, lo que ha significado un cambio significativo de los ingresos de quienes trabajan en el área de la salud.

Además, ha habido importantes inversiones. Se ha dotado al país de un conjunto de hospitales, de diversos tipos y calidades, y se han repuesto otros tantos, que estaban en condiciones extraordinariamente precarias. Sin duda, parte de la tarea ha sido recomponer el sistema público de salud, para que estuviera en condiciones de atender las necesidades mínimas de la población.

La inversión que año a año se ha hecho desde 1990 a la fecha y que ha permitido un cambio considerable en la situación del sector, desmiente la insinuación formulada de manera reiterada, de que ha habido despilfarro de recursos, que éstos han sido malgastados, o, peor aún, que su destino no es suficientemente conocido.

¿Cómo se propone en la reforma enfrentar los temas pendientes? Con el régimen de garantías en salud, conocido como plan o sistema Auge.

Es decir, más allá de los derechos sociales que el ordenamiento constitucional y legal reconocen, en un marco concreto establece un régimen de garantías en salud respecto del cual los sistemas público y privado estén en condiciones de responder. Incluso, los afiliados pueden recurrir a los tribunales de justicia, con el objeto de exigir su cumplimiento. Esto implica, en una primera etapa, una inversión considerable.

De acuerdo con los datos proporcionados por representantes de los Ministerios de Hacienda y de Salud, sólo en el caso del Fondo Nacional de Salud significa una inversión de 534.000 millones de pesos.

El costo del plan Auge, más sus imprevistos, incluido el porcentaje de copago, considerando prestaciones que alcanzan 347 mil millones, representa un mayor gasto de 153 mil millones, o sea, un país que tiene un crecimiento menor del esperado, incluso, un período de vacas flacas, se propone aumentar la inversión en salud en un volumen considerable, no sólo

DISCUSIÓN SALA

para cumplir con los derechos sociales básicos, sino que con un régimen de garantías explícito que permita la atención de los 56 problemas sanitarios señalados, aproximadamente las tres cuartas partes de los existentes, pero que significan miles de prestaciones médicas.

En ese sentido, ha habido abuso de los interlocutores que saben de qué se trata, en particular del Colegio Médico, que ha hecho una campaña triste y lamentable desde nuestro punto de vista, porque saben perfectamente bien que detrás de este régimen de garantías, hay un esfuerzo considerable para entregar miles de nuevas prestaciones en las nuevas condiciones.

Reitero nuestro respaldo a la iniciativa, valiente e importante -por el período que atraviesa el país-, y social y moralmente inequívoca, desde el punto de vista del espíritu solidario.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Comité de la Democracia Cristiana, tiene la palabra el diputado señor José Miguel Ortiz.

El señor **ORTIZ**.- Señor Presidente, cada día me convengo más de que el rol del Poder Legislativo no tiene la difusión adecuada porque estamos haciendo el trabajo correspondiente y eso no es noticia.

¿Por qué expreso esto? Porque los ciento veinte diputados que conformamos esta Cámara, y que fuimos elegidos por votación popular, tenemos los resultados del seminario "Reforma de la Salud", de 10 de mayo de 2002, realizado por la Comisión de Salud, la cual está formada por trece miembros titulares, de los cuales -como dijo el colega Jaramillo- siete son médicos.

Al seminario mencionado asistieron todas las personas e instituciones involucradas en el tema de la salud. Sus diagnósticos fueron muy claros y precisos: reconocieron que los resultados sanitarios chilenos han sido exitosos a lo largo de 50 años, de 1952 a 2002; que nuestra legislación sanitaria es frondosa y compleja, pero que ha servido de soporte para un avance indiscutible en la mantención del sistema público, representado, primero, por el Servicio Nacional de Salud y, después, por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, los que, con distinto énfasis, en democracia o durante el gobierno militar, desarrollaron con éxito las acciones de salud pública, de fomento, educación y prevención, como también a través de la vasta red de prestadores, desde lo más básico a lo más complejo, partiendo por las estaciones médico-rurales, postas y consultorios, urbanos y rurales, y que se llega hasta los hospitales tipo 4, 3, 2 y 1, y a los centros de alta complejidad, como los institutos de especialidad.

La Comisión de Salud, por unanimidad, reconoció que son pocos los países que tienen una red de salud como la nuestra. Además, hizo un resumen de lo que ha significado en Chile la inmensa disminución, Dios mediante, de la mortalidad infantil; de la mortalidad general por distintas causas; del notable retroceso de las enfermedades infectocontagiosas; de la

DISCUSIÓN SALA

atención profesional del parto y del recién nacido; de la erradicación de la desnutrición infantil; de la notable cobertura de inmunizaciones; de la red de atención de urgencia; de la existencia del médico general de zona; de la mantención de una dotación de medicamentos genéricos de bajo costo como fruto de la creación del formulario nacional de medicamentos, y, me detengo en algo que es muy importante: el notable aumento de las expectativas de vida de todas y todos los chilenos, cuya sobrevivencia ha aumentado en quince años, es decir, de sesenta a setenta y cinco años.

Estos son los grandes logros de la salud chilena en los últimos 50 años, a pesar de que, desde 1980 a 1990, se dejaron de invertir -cifra que nadie ha desmentido- 2.000 millones de dólares en salud.

Pero también el seminario de la Comisión de Salud fue muy claro en destacar lo siguiente: subsisten importantes problemas de fondo y de forma y es necesario dar un nuevo salto en salud. Hay una fuerte inequidad en el acceso, falta de cobertura en el sistema público -por ello existen listas de espera-, carencia de recursos, modelos de gestión inapropiados, falta de integralidad, de equidad y de solidaridad en el sistema privado.

En las conclusiones de ese seminario quedó constancia de que se necesitaba más que nunca una reforma. Todos los participantes en dicho seminario coincidieron en que la reforma debería ser la oportunidad para mejorar la salud en Chile; que la preocupación debe centrarse en los usuarios basados en un principio de equidad, dirigiendo el sistema a las necesidades de la población; que la red es un instrumento relevante, de eficiencia y eficacia.

Es decir, los profesionales de la salud que en la actualidad integran la Cámara de Diputados -tanto de Gobierno como de Oposición- por unanimidad reconocieron que es vital la reforma a la salud. Eso fue en mayo.

En junio del presente año, luego de un seminario y muchas reuniones más, ingresó a la Cámara el proyecto que establece un régimen de garantías en salud. Junto con su ingreso empezaron las críticas y es justo y lógico que así haya ocurrido, porque vivimos en un país democrático, en el cual las instituciones funcionan y donde existen cuerpos intermedios como las organizaciones sociales.

Pero una cosa es criticar con altura de miras y, otra, muy distinta, es no reconocer nada de lo hecho en materia de salud.

Una señora diputada que me antecedió en el uso de la palabra acaba de decir -porque son cifras indesmentibles- que desde 1990 a 2002 el presupuesto en salud se ha incrementado en 200 por ciento. El presupuesto que acabamos de aprobar para el año 2003 aumenta 8 por ciento y 18 por ciento en salud primaria.

El hecho de que en los últimos doce años haya aumentado el promedio de edad de la población ha significado grandes inversiones en los hospitales, en las postas, en aumento de profesionales y de personal. También se ha hecho un esfuerzo -aunque seguramente es insuficiente- para mejorar las remuneraciones del personal tanto del nivel primario como del que depende del Ministerio de Salud.

DISCUSIÓN SALA

En el seminario a que me referí, el ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza, fue muy claro en su exposición al expresar que en la reforma de salud debe primar el concepto de solidaridad como algo esencial y categórico. Señaló que, de una vez por todas, debíamos entender que el sistema público es y será la columna vertebral de la salud. Por ello, debíamos fortalecerlo y mejorar sus recursos humanos, su infraestructura, tecnología y recursos financieros.

Actualmente, 8 millones 500 mil personas somos beneficiarios del Fonasa y 2 millones 500 mil de las isapres.

¿Qué pretende el proyecto, que es la base o columna vertebral de las cinco iniciativas que reformarán la salud en nuestro país?

Que nunca más ocurra que quienes estén afectados por alguna de las 56 patologías consideradas en el Auge, o sus familiares, queden endeudados por muchos años, puesto que el costo total de dichas patologías será de cargo del Estado.

Un ejemplo concreto: se ha criticado mucho el gasto de 600 millones de pesos en propaganda del plan Auge, en la cual el ministro aparece con una guagua en brazos y se ha hecho una especie de chanza al respecto. Pero la cosa es más seria: desde agosto de este año, prácticamente en todas las regiones del país -puedo dar fe de lo que sucede en el hospital clínico regional de Concepción- hay un plan piloto para atender tres patologías: cáncer infantil, cardiopatía infantil y diálisis. Ello ha significado salvar la vida de no menos de dos mil niños, que si no hubiesen contado con la gratuidad del Estado, habrían fallecido.

Por eso, estoy convencido de que en unos años más, cuando el tiempo pase y se conozca la historia fidedigna de los cinco proyectos de reforma a la salud, se hará un reconocimiento real y efectivo de lo que significará un cambio inmenso en la atención de salud de toda la población.

Por eso, la bancada de la Democracia Cristiana votará a favor el proyecto, que defiende la igualdad de acceso a la salud de todos los chilenos y chilenas.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Enrique Accorsi.

El señor **ACCORSI**.- Señor Presidente, hoy asistimos a un evento muy importante: estamos comprometidos a mejorar la salud de todos los chilenos.

Antes de hacer un breve análisis de lo que hemos tratado en las comisiones, quiero decir algo que me parece muy importante: la reforma a la salud no tiene dueño, no es del Gobierno, ni de los parlamentarios, ni de los gremios, sino de todos los chilenos. Necesitamos la participación de cada uno de ellos en algo tan esencial como es la reforma a la salud.

Quiero aprovechar esta ocasión para enviar un gran saludo a todos los que laboran en el sistema público de salud, porque gracias a ellos podemos

DISCUSIÓN SALA

contar con los indicadores que tanto nos enorgullecen. El recurso humano es el que hace carne las políticas y es el responsable directo de nuestras expectativas de vida, de nuestra baja mortalidad infantil.

Queremos una reforma que cuente con el apoyo de la gran mayoría de la sociedad chilena, queremos que la reforma tenga como eje principal la solidaridad en el financiamiento del sistema de atención, queremos que la solidaridad se exprese en el fortalecimiento y desarrollo del sistema público de atención; queremos que esta columna vertebral, que ha sido tan importante durante los últimos 50 años, esté fortalecida; creemos que el sistema público debe contar con un financiamiento acorde con las necesidades de la población.

Lamentablemente, hemos constatado que nuestro sistema público no se financia sobre la base de costos reales. Por ello, queremos que el fondo de compensación solidario realmente exprese una solidaridad de tipo económico, que se concrete en que los más ricos le den a los más pobres; los jóvenes a los viejos, los sanos a los enfermos, y que tengamos claros acuerdos de principios básicos de seguridad social.

También creemos en la óptima utilización de los recursos humanos y financieros en el sistema público. Por eso, estamos de acuerdo en que se deben mejorar la organización y la gestión.

Creemos en una atención integral, focalizada fundamentalmente en la atención de las personas, de la familia y de la comunidad, con énfasis en la atención primaria.

Hago un llamado al ministro de Salud para que en el proyecto del plan Auge tengamos una inserción importante de la atención primaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, sin desmedro de las razones técnicas, la equidad del tratamiento y la recuperación y rehabilitación de los enfermos.

Es muy importante que los establecimientos que conforman la red de atención primaria se constituyan en elemento central de la reforma y de la aplicación del Auge y que su financiamiento dé cuenta de sus necesidades. El aumento de 18 por ciento, que se ha entregado hoy, así lo refleja.

Para fortalecer la función rectora, reguladora y financiera, es importante la supervisión y fiscalización de la autoridad sanitaria nacional.

Es necesario que el plan de salud nacional sea integral, consistente, coherente y dinámico para todo el sector salud y no sólo para un sector del sistema.

La implementación de este tipo de leyes contribuye a que la ciudadanía esté más tranquila en algo tan importante como es la salud.

El aporte que se entregará es significativo, porque Chile es el país que menos invierte en salud. Se están entregando 200 millones de dólares más en el presupuesto de salud, pero me pregunto cuántos millones de dólares se gastan en defensa. Este es un debate que quiero colocar sobre la mesa. Se destinan 200 millones de dólares a salud y miles de millones de dólares a defensa. Me gustaría debatir ampliamente el tema frente a la ciudadanía.

Hay algunas indicaciones que pretendemos mantener, como la del

DISCUSIÓN SALA

artículo 13, la discusión sobre la libre elección y lo relativo a las enfermedades que no están en el Auge. Queremos que la ley sea clara en lo que respecta al recurso humano, porque todo lo que se está implementando lo deben hacer las personas. En estas iniciativas notamos una carencia en cuanto al tratamiento del recurso humano.

Consideramos muy importante el tema de la acreditación y la calidad, para lo cual es imprescindible la participación de las facultades de medicina en el debate. Me alegro mucho de que la Comisión de Salud haya acordado invitar a sus representantes.

También es muy importante la participación de todos los sectores en esta reforma. Todavía es tiempo. Hago un llamado al Gobierno y a los gremios para buscar entre todos la posibilidad de evitar el anunciado paro de la salud en los próximos días. El mundo parlamentario ha dado un mensaje muy claro: es muy importante acercar posiciones y no ver la reforma de la salud en negro y blanco. Cabe recordar que de los tres proyectos, uno está en el Senado y los otros dos en esta Cámara.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Ha terminado su tiempo, señor diputado.

El señor **ACCORSI**.- Todos estamos dispuestos a apoyar una reforma que mejore la salud de todos los habitantes del país, que contribuya a disminuir las inequidades, que sirva para fortalecer el sistema público de atención; que cuando sea necesario los proveedores privados puedan atender a los beneficiarios del sistema público en un marco regulado, que el presupuesto asignado sea el suficiente para tener costos reales en salud, que el financiamiento sea solidario, que las isapres otorguen un plan básico garantizado sin preexistencia ni exclusiones, que se formule una política de recursos humanos en el sector de acuerdo con lo que establezcan los derechos.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se ha cumplido su tiempo, señor diputado.

El señor **ACCORSI**.- Señor Presidente, es muy importante el paso que se ha dado hoy y estamos dispuestos a apoyar esta reforma integral, que debe hacerse con la participación de cada uno de los habitantes de nuestro país, porque es una reforma de todos los chilenos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El Comité de Renovación Nacional ha concedido cinco minutos a la diputada señora Rosa González.

Tiene la palabra su Señoría.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Rosa).- En primer lugar, deseo agradecer a los colegas de Renovación Nacional el tiempo que me han concedido.

DISCUSIÓN SALA

Señor Presidente, por su intermedio quiero consultar al ministro de Salud si el Gobierno le ha indicado en forma especial cómo se solucionará el tema de la deuda hospitalaria, porque el Presidente de la República dijo públicamente que sin cancelar la deuda hospitalaria no existía reforma de la salud.

En segundo lugar, quiero referirme a la situación de los indigentes, es decir, de los más pobres. Por supuesto, ellos serán atendidos sólo en los casos de las 56 patologías determinadas. ¿Qué pasará en el caso de que su enfermedad no esté incluida en esas 56 patologías? Creo que esa predeterminación lo único que hará es producir mayor discriminación, ya que existirá una atención de primera clase. ¿Qué ocurrirá con las enfermedades que no están incluidas? ¿Cómo se atenderá a esas personas?

Otro tema de preocupación, expresado por el Colegio Médico, la Fenats y otras organizaciones, se refiere al consejo consultivo nombrado directamente por el Presidente de la República. Nos gustaría saber si estarán incluidos en ese organismo los trabajadores de la salud, que tienen bastante que opinar.

Si el Colegio Médico, si los trabajadores de la salud, si la gente no entiende mucho de esto, ¿cómo resolveremos el tema que mencionaba el diputado señor Accorsi? ¿Vamos a lograr la aprobación de este proyecto si todos los gremios que están involucrados directamente están en contra? ¿Cómo lograremos consensuar el tema en tan poco tiempo para que no se lleve a efecto el paro anunciado para la próxima semana?

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, quiero ratificar la voluntad de solucionar el problema de la deuda hospitalaria. Efectivamente, si no se soluciona, los incrementos sucesivos de dinero destinados a obtener mayores beneficios en salud pueden no ser utilizados en ellos, sino con la deuda hospitalaria, con lo cual la ciudadanía no percibiría la suficiente transparencia respecto de su uso. Por lo tanto, quiero reiterar que se está haciendo un gran esfuerzo por solucionar los temas estructurales que originan la deuda hospitalaria, y esperamos terminar este año con un nivel de endeudamiento inferior al promedio de los últimos tiempos, cuando el déficit operacional del sistema público era superior a 5 mil millones de pesos por mes. En el último trimestre ese déficit operacional bajó a sólo 600 millones de pesos por mes. Por tanto, ya se está reflejando el resultado del esfuerzo que hemos iniciado.

Por otro lado, hoy existe un sistema sanitario con fuertes discriminaciones dadas por el dinero, por las posibilidades de pago. Queremos construir un sistema sin discriminación. Son muchos los chilenos que se preguntan -y lo hemos dicho en este debate- qué va a pasar con las enfermedades que no son prioritarias. El país no está en condiciones de ofrecer algo imposible o de solucionar todos los problemas al mismo tiempo. Cuando el proyecto vuelva a la Comisión de Salud, el Ejecutivo se ha

DISCUSIÓN SALA

comprometido a presentar una indicación que resuelva o que dé tranquilidad a la ciudadanía respecto de la forma en que serán resueltos los demás problemas de salud, de manera que no exista un detrimento respecto de lo que hoy tiene y que se pueda garantizar el libre e igualitario acceso a la atención en salud.

Hay muchas instancias de participación. La primera, es que existirá un plan nacional de salud que definirá la orientación estratégica tanto del sector público como privado, con representación de los gremios y de todos los actores relevantes que tienen relación con el sistema sanitario.

En el consejo que definirá las prioridades sanitarias habrá técnicos para dar tranquilidad y confianza a toda la ciudadanía respecto de su transparencia, competencia e idoneidad. Por ejemplo, el Presidente tendrá que optar, porque él tendrá la facultad; pero, entre representantes de sociedades científicas y de facultades, tanto de medicina como de otras ciencias relacionadas con estas materias.

Quiero hacerme cargo no sólo de la inquietud de la diputada señora Rosa González, sino también de la del diputado señor Accorsi. Efectivamente, todos quieren participar. Por eso, le pido a los señores parlamentarios que me ayuden, porque han sido elegidos por el pueblo para que lo representen. Por lo tanto, tienen que ayudarme a representar a todo el pueblo, a los gremios de sus distritos, pero también a los usuarios, a las personas que tienen distintos intereses en salud, todos ellos legítimos.

En la medida en que ustedes representen todo el abanico, todo el amplio espectro del pueblo chileno, de las mujeres y de los hombres, y el Ejecutivo esté dispuesto a mejorar y perfeccionar sus iniciativas, puedo asegurar que saldrán de esta Cámara -tal como ha ido sucediendo- los mejores proyectos posibles para resolver los problemas de salud de nuestra población.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señora Presidenta, en mi calidad de médico y parlamentario me es muy grato participar en la discusión de uno de los cinco proyectos relativos a la reforma sanitaria.

Cada sociedad busca con especial preocupación la mejor atención de salud para la población, por tratarse de un derecho que tienen las personas. Inicialmente, los hospitales en Chile eran los lugares donde las personas iban a pasar los últimos días de su vida. Luego, a mediados del siglo pasado, la medicina curativa se transformó en preventiva, y de esa forma ha ido cambiando desde un concepto de beneficiarios a usuarios en salud.

En el siglo pasado, en la década de los años 50, se crea el Servicio Nacional de Salud que, con el tiempo, ha ido demostrando que en nuestro país la salud es buena y eficiente, pero profundamente inequitativa. Buena,

DISCUSIÓN SALA

porque tiene los índices biomédicos de un país desarrollado; eficiente, porque lo logra con recursos menores que los de esos países, pero profundamente inequitativa, porque los índices de salud son sumamente disímiles a nivel regional y provincial, lo que se acrecienta aún más a nivel comunal.

Nuestro país ha logrado mejorar los índices biomédicos. Lo que Estados Unidos hizo en 100 años, Chile lo ha conseguido en 30, lo que se ha traducido en un cambio importante en la epidemiología. Por eso es tan importante, necesario y urgente realizar ahora una reforma sanitaria. Precisamente, el proyecto en debate apunta a cómo dar esta atención a través de un acceso universal y oportuno hacia los usuarios.

En este sentido, según los conceptos aquí expresados, la salud es un derecho y el Estado debe buscar todos los mecanismos para lograr que las personas ejerzan ese derecho; que debe ser equitativo, es decir, que todos tengan las mismas oportunidades; universal, para que todos accedan a esa posibilidad y, lo más importante, hacerlo con la participación de todos los sectores. Consideramos que la reforma sanitaria tiene esos valores, que permitirán activar ese mecanismo. Sin embargo, hay que decir con mucha fuerza que, aun cuando es urgente y necesario hacer esta reforma, no se puede realizar sin la participación de quienes serán los prestadores, o sea, los gremios de la salud, ni de los usuarios, que son todos los ciudadanos.

En ese sentido, concuerdo con lo expresado por el diputado señor Accorsi, en cuanto a nuestra preocupación por la situación que se está produciendo entre el Ministerio de Salud y los gremios. Espero y confío en que se puedan superar esos inconvenientes, porque es muy difícil, por no decir imposible, realizar una reforma sanitaria sin el compromiso de todos los sectores.

Anuncio el voto favorable para la aprobación en general del proyecto, pero coincido en que se debe mejorar con indicaciones que garanticen la libre elección y la atención de las patologías que no están incluidas en el sistema de Auge.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señora Presidenta, habría preferido un cambio radical del sistema actual que Chile tiene en salud. Lo habría cambiado por un modelo más parecido al que opera en los países europeos, donde el Estado cumple un rol esencial y el énfasis está puesto en la atención primaria.

Se escogió la opción de mejorar el actual sistema, con la incorporación de cambios sustantivos en distintos proyectos que apuntan a mejorar el sistema de isapres, poniendo énfasis en los usuarios; con cambios en la gestión del sector público, entregándole más facultades a los hospitales, a los servicios de salud y al Ministerio de Salud en el control y en la gestión;

DISCUSIÓN SALA

con cambios para entregar derechos a los pacientes en cosas tan importantes como el derecho a la información.

Pero el cambio que hoy nos convoca en esta Sala es extremadamente significativo: entregar a la ciudadanía garantías explícitas en la ley, que las personas podrán hacer valer con propiedad ante los estamentos administrativos y legales.

Los recursos no son infinitos y en un país como el nuestro deben ser bien utilizados. El proyecto busca entregar recursos financieros al sector salud, sobre todo al sector público, con la finalidad de que se puedan obtener resultados medibles y que tiendan a satisfacer las necesidades que los ciudadanos han expresado.

Ahora bien, para hacer coherente esta entrega de nuevos recursos con la historia sanitaria de nuestro país, se ha incorporado en el proyecto un sistema de elaboración de prioridades en problemas de salud, que guarda relación con la carga de enfermedades a las que un individuo está expuesto.

Por eso, la iniciativa propone un régimen que garantizará explícitamente a la población condiciones de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a diversos problemas de salud que pueden afectar a un individuo y los mecanismos legales para hacer exigibles tales garantías.

Uno de los problemas más largamente debatidos en nuestra Comisión se relacionó con lo que podría ocurrir con los problemas sanitarios que no están incorporados en el régimen, tanto en lo que respecta a los incentivos de gestión que se plantean para su tratamiento, como en lo que dice relación con la ética de elegir uno u otro problema para incorporarlo en el régimen de garantías. Tengo la impresión de que el ministro se hizo cargo de ésta y de otras discusiones, puesto que ha informado públicamente que enviará indicaciones para mejorar el proyecto en los siguientes aspectos:

Primero, para todas las enfermedades, no sólo para los 56 problemas de salud priorizados en el plan Auge, existirá un tiempo máximo de espera, que en ningún caso podrá ser superior a los actuales y que se irá acortando al través del tiempo, de acuerdo con las condiciones y recursos económicos del país.

Segundo, todos los usuarios de los sistemas de salud, público y privado, podrán ejercer plenamente sus derechos, para lo cual existirá una sola entidad que fiscalizará y regulará por igual a todas las instituciones que presten atención de salud.

Tercero, todas las personas podrán elegir libremente a su médico, general o especialista, entre los profesionales de la salud acreditados con respecto a su calidad y aranceles, a fin de trabajar en un concepto de red de cooperación.

Tengo la impresión de que con estas indicaciones el proyecto que hoy tratamos en general será realmente enriquecido y podrá superar los conflictos que hoy tienen nuestros compatriotas y que son de público conocimiento.

Termino diciendo que la reforma de la salud debe ser llevada a cabo por todos aquellos que participamos, de una u otra forma, en la elaboración

DISCUSIÓN SALA

del proyecto: los parlamentarios, el Gobierno, los usuarios y también el personal que tendrá que ponerlo en ejecución. Por eso, creemos que el diálogo permanente y la concertación de ideales es nuestra única posibilidad de lograr un sistema de salud acorde con lo que Chile requiere y exige.

Por lo tanto, anuncio el voto favorable de la bancada radical al proyecto que hoy discutimos en general.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Carlos Kuschel.

El señor **KUSCHEL**.- Señora Presidenta, quiero hacer algunos planteamientos y consultas.

En primer lugar, durante todos estos años hemos estado viendo -como señalaba el diputado Ortiz- un significativo incremento de recursos para la salud; pero hemos notado que si bien tenemos recursos, existe también un pésimo diseño y una mala organización, problema que se ha ido agudizando con el tiempo. Se nos dijo que la deuda hospitalaria se resolvería con la eliminación del 2 por ciento de subsidio a los trabajadores de las isapres, pero no fue así.

En segundo lugar, no sé qué pasará con las personas de la tercera edad y los distintos grupos que la componen, particularmente en regiones como la Décima, donde tenemos un 40 por ciento de población rural, sin imposiciones ni contratos de trabajo, pues se trata de pequeños agricultores que trabajan por cuenta propia.

En tercer lugar, quiero señalar mi profunda preocupación por el financiamiento del plan Auge. El 21 de mayo pasado, el Presidente de la República anunció que se financiaría aumentando el impuesto al petróleo Diesel, con lo que mejorarían las condiciones de salud en Santiago. Durante el paro de los microbuseros nos enteramos de que el problema de la salud y de la contaminación en la capital tiene una explicación muy clara que nada tiene que ver con el Diesel. El incremento de dicho impuesto afectará directamente a las regiones. Hay que recordar que hemos suscrito acuerdos de libre comercio muy importantes y que es necesario tener altos niveles de competitividad, y nuestra región tiene un alto consumo de combustibles, especialmente de petróleo Diesel, debido a su actividad salmonera, pesquera en general, agrícola y de transporte de carga y pasajeros.

Por lo tanto, desde ya, expreso mi preocupación por esta forma de financiamiento. Reitero que se han entregado recursos, pero el diseño es malo. Asimismo, insisto en que me gustaría saber qué pasará con las personas de la tercera edad, puesto que cada día aumenta su número porque viven más años.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Eugenio Tuma.

DISCUSIÓN SALA

El señor **TUMA.**- Señora Presidenta, ante todo quiero felicitar al Gobierno por el envío de este proyecto, y expresar mi reconocimiento a todos los diputados de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, que han trabajado incansablemente y durante mucho tiempo en este proyecto.

Sin duda, se trata de una iniciativa que soluciona una de las mayores preocupaciones y prioridades de la ciudadanía. Es así como el Gobierno y el Congreso Nacional asignarán recursos que nunca antes se habían entregado al Ministerio de Salud para atender las necesidades de la población, y creo que existen grandes expectativas al respecto.

Pero aparte de entregar este reconocimiento, he querido intervenir para plantear mis aprensiones, en cuanto a que los resultados de este proyecto, tan útil para nuestra población, no serán inmediatos, sino graduales. No debemos crear falsas expectativas en cuanto a que al cabo de uno o dos años, después de que el proyecto se convierta en ley, por arte de magia, todas las enfermedades tendrán cobertura y en las postas rurales habrá una atención primaria más rápida y de mejor calidad. Sin duda, habrá una mejoría porque se están entregando importantes recursos; mejorará la atención primaria, pero no ocurrirá lo que alguien, utópicamente, pudo haber pensado: que, de la noche a la mañana, todas las enfermedades tendrán cobertura y que mejorará la calidad de la atención de la salud. Reitero que no ocurrirá lo que alguien pudo haber planteado para conseguir el respaldo a este proyecto.

Represento a un mundo rural donde vive una gran cantidad de indígenas que están expectantes y esperanzados de que este proyecto tenga una rápida tramitación, pues ello les aseguraría también una mejor atención primaria.

Termino manifestando mis felicitaciones y mi respaldo a esta iniciativa, pero también mi advertencia sobre las expectativas creadas en torno de ella.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Por último, tiene la palabra, por cuatro minutos, el diputado Guido Girardi.

El señor **GIRARDI.**- Señora Presidenta, en primer lugar, debo señalar que la reforma de la salud no es el plan Auge, como se ha pretendido hacer creer, sino un instrumento que nos permite avanzar en derechos. Hoy, las personas no tienen derechos reales, y el Auge les permitirá conocerlos y exigir su cumplimiento.

Aparte de expresar mi apoyo al Auge porque considero que representa un tremendo avance, quiero clarificar algunas cosas.

El Auge incluye 56 enfermedades, pero el Colegio Médico se ha dedicado a hacer una campaña del terror respecto de aquellas que no están consideradas en él. Puedo asegurar que aquellas enfermedades que no están consideradas tendrán las mismas garantías que las demás patologías. De

DISCUSIÓN SALA

manera que, por lo menos, el Auge significa un avance para 56 enfermedades que, desde el punto de vista sanitario, son las más relevantes y costosas y las que provocan más decesos. Entonces -reitero-, en esas 56 enfermedades, que son más importantes desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, vamos a tener un avance sustantivo. Ahora bien, si la sociedad abriera su corazón y destinara más recursos, podrían incluirse todas las enfermedades en el Auge.

Por eso, hemos pedido al ministro de Salud -por lo demás, él mismo lo ha anunciado- que todas las enfermedades estén sometidas a un sistema Auge para que no haya diferencia entre unas y otras. Somos partidarios de que todas las enfermedades no incluidas en el Auge tengan, al menos, garantía de calidad. ¿Qué significa esto? Que deberá existir un protocolo de diagnóstico; es decir si una persona tiene un cáncer al esófago y esa enfermedad no está incluida en el Auge, ella deberá saber, después de ser atendida, qué exámenes tendrá que realizarse, los cuales deberán estar disponibles. Además, tendrá que existir un protocolo terapéutico; es decir, el paciente deberá saber que tiene derecho a las terapias, quimioterapias, radioterapias o intervenciones quirúrgicas que demande la enfermedad. La única garantía que no tendrán las patologías no incluidas en el Auge es la de oportunidad; es decir, el tiempo de atención.

De manera que todas las enfermedades tendrán garantía de calidad y de financiamiento, y la única diferencia que existirá entre las enfermedades Auge y las no Auge es que estas últimas deberán esperar un tiempo más, pero tendrán derechos, y yo planteo que ese tiempo de espera también sea normado: que no sea inferior a un mes, pero que tampoco supere los seis meses. Lo que no debe ocurrir es que las personas sean atendidas cuando ya estén muertas; eso no sirve, pues significaría que todos nuestros esfuerzos fueron en vano.

En segundo lugar, para que el plan Auge sea una realidad, tiene que vencer algunas resistencias. A pesar de las relaciones fraternas que hemos tenido con el Colegio Médico y con el Ministerio de Salud, no ha sido fácil avanzar. Para que esto tenga éxito, es necesario fortalecer la atención primaria. Creo que aún existen prejuicios en el Ministerio de Salud para entender que los especialistas básicos deben atender en los consultorios y que éstos deben tener pediatras, internistas, cirujanos generales, ginecobstetras y siquiátras. Ésa es la única manera de hacer avanzar el Auge. En el ministerio todavía hay gente que quiere médicos de familia. Pero ¿quién atiende a nuestros hijos?, ¿un médico de familia o un pediatra? Por cierto, un pediatra. Entonces, ¿por qué quieren que la gente pobre se atienda con un médico de familia y no con un pediatra? En Chile, el médico de familia es pediatra, internista o ginecobstetra. En esa materia, todavía falta reforzar la atención primaria de salud, pues ese segmento no puede tener un nivel de baja complejidad.

En ese sentido, el programa IRA -me siento orgulloso de haber sido uno de sus primeros coordinadores nacionales- llevó a la atención primaria a un nivel de sofisticada complejidad. Por ejemplo, los niños que antes eran

DISCUSIÓN SALA

hospitalizados, ahora se atienden en las salas de hospitalización abreviada de los consultorios de atención primaria. No hay nada más especializado que eso. Incluso, en esos lugares se ha dejado a un kinesiólogo que puede adoptar decisiones que antes sólo tomaban los médicos, y decidir, por ejemplo, si a un niño se le deben suministrar corticoides. Gracias al programa IRA, el 70 por ciento de los niños que antes se hospitalizaban por bronquitis obstructiva y bronconeumonías ahora resuelven su problema en los consultorios. Ese mismo programa, que cuenta no sólo con especialistas básicos, sino con hiperespecialistas, que cubren la atención primaria, se podría aplicar para controlar, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y los infartos.

Considero que debemos dejar atrás los prejuicios y avanzar con más fuerza. Lo único que puede permitir que el Auge sea una realidad y que la reforma de la salud se materialice, es el fortalecimiento de la atención primaria, pues ello posibilitará aumentar la complejidad y la capacidad resolutive. Es la única instancia que evita que la gente llegue a los hospitales y que se enferme. Por eso, propongo que el Auge incorpore en forma muy clara todas las medidas de prevención.

Por último, necesitamos un Auge que se haga cargo de la diversidad; un Auge especial para los pueblos indígenas y para quienes han optado por una sexualidad distinta. Asimismo, debe existir un Auge específico para cada región.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- En votación general el proyecto.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Aprobado en general el proyecto.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Forni, Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Lagos, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longton, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia),

DISCUSIÓN SALA

Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Ortiz, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Rebolledo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo la diputada señora Pérez (doña Lily).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Por haber sido objeto de indicaciones, debe volver a Comisión.

-El proyecto fue objeto de las siguientes indicaciones:

Artículo 4º bis

- 1) Del señor Accorsi, para incorporar como artículo 4º bis, el siguiente:
"Artículo 4º bis. Las garantías de acceso oportuno, de calidad de la atención y de protección financiera a las personas con condiciones y enfermedades no incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, serán establecidas en el Plan Nacional de Salud y en sus Programas, de acuerdo a criterios sanitarios y a recursos disponibles. La ejecución del Régimen de Garantías en Salud no podrá ir en desmedro de la atención de la persona con condiciones y enfermedades no contenidas en él."

Al Artículo 13

- 2) De los señores Accorsi y Cornejo, para sustituirlo por el siguiente:
"Artículo 13.- El Sistema de Acceso Universal y el Régimen de Garantías Explícitas señaladas en el artículo 1º precedente, deberán ser financiados obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y a los de las Instituciones de Salud Previsional.

Los beneficiarios indicados en el párrafo anterior, podrán elegir libremente a su médico tratante y el establecimiento donde recibirán las atenciones de salud, tanto para el Sistema de Acceso Universal como para el Régimen de Garantías Explícitas.

Los médicos, debidamente acreditados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, deberán suscribir un contrato que establecerá las normas técnicas, los estándares de calidad, los procedimientos y aranceles definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. El reglamento precisará lo establecido en los párrafos anteriores."

Artículo 14, nuevo

- 3) De los señores Aguiló, Cornejo, Forni, Masferrer y Melero, para incorporar el siguiente artículo 14, nuevo, pasando el actual a ser artículo 15:

DISCUSIÓN SALA

“Artículo 14.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se deberá dejar constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo a lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”.

Al artículo 15

La totalidad de las indicaciones que se transcriben a continuación fueron presentadas por el Ejecutivo.

4) Para sustituir la letra c), de su número 1, por la siguiente:

“c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

“i) La expresión “plan de salud convenido”, “plan de salud” o “plan”, incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33.”.

5) Para sustituir su número 3 por el siguiente:

“3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión “anuales”.”.

6) Para modificar su número 4, de la manera que se expresa:

a) Sustitúyese la letra a), por la siguiente:

DISCUSIÓN SALA

"a) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá contemplar, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley Nº 18.469, en su modalidad de libre elección."."

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra b), nueva, pasando la actual a ser letra c):

"b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Isapre hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."."

c) Agréganse, a continuación de la letra b), que pasó a ser letra c), las siguientes letras d), e) y f), nuevas:

"d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

1. Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

"d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38."."

2. Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g) la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido, por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."."

7) Para agregar, a continuación de su número 4, los siguientes números 5 a 8, nuevos:

"5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33

DISCUSIÓN SALA

bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

“Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud, un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente.”.

6. Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

“Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica, por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiere a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

7. Sustitúyese el inciso primero del artículo 34, por el siguiente:

“Artículo 34.- Las instituciones de salud previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud.”.

8. Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice “El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato”, por la siguiente: “Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo”.

ii) Elimínase la oración que señala: “dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,”.

DISCUSIÓN SALA

iii) Elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el

cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la oración que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato,", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Agrégase, a continuación de la frase "excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución", la siguiente: "y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis".

iii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

iv) Intercálase entre las palabras "carta certificada" y "con", la palabra "expedida".

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, sólo para agradecer la aprobación del proyecto y para manifestar que, prácticamente, esta unanimidad obliga

a quien habla y al Ejecutivo a realizar los mayores esfuerzos para escuchar y acoger la mayor cantidad de opiniones que sea posible en los trámites venideros.

Muchas gracias.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana
(Presidenta).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 15.48 horas.

JORGE VERDUGO NARANJO,
Jefe de la Redacción de Sesiones.

1.7. Segundo Informe Comisión Salud

Cámara de Diputados, 08 de enero de 2003. Cuenta en Sesión 43, Legislatura 438.

BOLETÍN N° 2947-11 (2)

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Salud pasa a informar, en segundo trámite reglamentario sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

I.- CONSTANCIAS.

Urgencias: El proyecto fue calificado de "simple" y de "suma urgencia". Se despachó con la última.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 287 del Reglamento de la Corporación, se establecen las siguientes constancias:

1. Normas orgánicas constitucionales y de quórum calificado:

La Comisión, por la unanimidad de los Diputados presentes, facultó al señor Presidente para establecer las disposiciones de tales características.

El artículo 49 debe ser sometido a votación con quórum de ley orgánica constitucional.

2. Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda.

De conformidad a las facultades concedidas por la Comisión el señor Presidente dispuso remitir a la Comisión de Hacienda los artículos 3°, 6°, 14, 15, 16 y 17 y los Títulos III y VI y los artículos cuarto y quinto transitorios.

3. Artículos que no han sido objeto de indicaciones o de modificaciones.

1°, 2°, 5°, 7°, 8°, 10, 11; 14 que pasa a ser 18, en lo que dice relación con sus números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; 15, que pasa a ser 19, número 2; 16 que pasa a ser 21, 22, que pasa a ser 28; 23, que pasa ser 29; 24, que pasa a ser 30; 25, que pasa a ser 31; 26, que pasa a ser 32; 27, que pasa a ser 33; 28, que pasa a ser 34; 29, que pasa a ser 35, 30 que pasa a ser 36, y los artículos primero, segundo y tercero transitorios.

4. Artículos suprimidos.

No los hay.

5. Artículos modificados.

Artículo 3°.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional y las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud."

2. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"El Régimen deberá incluir la cobertura de las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria, y la de las prestaciones y beneficios respecto de los problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental."

3. Del Ejecutivo, para agregar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo:

"El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate."

En el debate se fundamentó la indicación número 1 en el sentido de que un grupo importante de personas imponentes de las Fuerzas Armadas y de Orden quedan al margen de los beneficios que establece esta ley y es de toda justicia que estos beneficios también les sean aplicables.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibles las indicaciones signadas con el número 1.

Respecto de la indicación signada con el número 2, se expresó que en el proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933. sobre Instituciones de Salud Previsional, se aprobó una norma similar a la que se propone y que impone a las Isapres las acciones de prevención. Esta obligación no existe en el sistema público de salud, por lo que se estima que debe existir para todo el sistema de salud, sea éste público o privado.

Por otra parte, se hizo presente que no se está incorporando ninguna atribución nueva en el sistema público de salud sino que sólo incluyendo en esta ley una norma existente, dado que las funciones de prevención son propias del Ministerio de Salud.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que es de la naturaleza del Régimen de Garantías en Salud el ser flexible, en razón de que los problemas de salud pública son dinámicos y, por tanto, variables. Sin embargo; manifestó que la indicación es inadmisibles, por irrogar gastos.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibles las indicaciones número 2, por implicar gastos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) destacó que la indicación del Ejecutivo tiene por objeto establecer la obligación de la autoridad de señalar las condiciones de acceso, de calidad y de oportunidad en que se efectuarán todas las prestaciones del Régimen a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

Reconoció que esta obligación implica una tarea ardua y compleja, pero que, a su vez, colocará al país en un lugar de liderazgo en el ámbito internacional, al existir un sistema de salud que, tendiendo hacia la universalidad en el acceso, tendrá dispuestas prioridades garantizadas y que será capaz de transparentar a la ciudadanía las condiciones en que toda prestación debe ser dada. Agrega que ello estará determinado por la capacidad de que el país dispone actualmente y de la que dispondrá en el futuro, ya que, responsablemente, no se puede ofrecer lo que no se puede hacer; pero se debe ser transparente y especificar lo que se puede otorgar en igualdad de condiciones para todas las personas, independientemente de su condición.

Por tanto, existirá un conjunto de prestaciones que, por su carácter de prioridad sanitaria, deben tener un nivel explícito de sus garantías, así como deberá haber normas claras sobre las demás prestaciones.

En la discusión se señaló que esta disposición recoge una inquietud de diversos sectores de la comunidad respecto de las patologías que no están cubiertas por el Régimen de Garantías en Salud.

Por otra parte, se consideró que la indicación no satisface las expectativas planteadas por los miembros de la Comisión, estimándose que ella sólo recoge una inquietud planteada básicamente por el Colegio Médico sobre el tratamiento de las patologías AUGE y las no AUGE y la discriminación que, a juicio de esa institución, se genera.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En síntesis, se consideró que las patologías no incluidas en el Régimen de Garantías no tendrán ningún tipo de preferencia en cuanto a la oportunidad y a la cobertura financiera y no tendrán ninguna de las características de las consideradas en el inciso primero. Las no incluidas serán ordenadas por el Ministerio, de acuerdo con las atribuciones que se le otorgan en el inciso segundo, pero sin ningún otro tipo de efectos ya que los beneficiarios no podrán exigir nada.

Se consultó al señor Ministro cuál es la diferencia entre un paciente AUGE y uno no AUGE, de conformidad con lo expresado en la indicación.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que en el sistema público de salud todos los usuarios tienen protección financiera, ya que están estratificados según su nivel de ingresos, y que el problema existente es el de la oportunidad de la atención.

Por otra parte, aclaró que el inciso segundo no desdibuja el objetivo de la Reforma de Salud, ya que ésta busca avanzar hacia el acceso universal sin discriminación alguna y que ello se desea hacer en forma responsable, sin ofrecer falsas expectativas a la población. Cuando no existen los recursos suficientes para garantizar el acceso universal y terminar con los problemas de las listas de espera, necesariamente se debe priorizar, sin dejar de hacer el esfuerzo para llegar a ese objetivo primario,

Enfatizó que no existe diferencia entre paciente AUGE y no AUGE, ya que el Régimen se refiere a las prestaciones y no a las personas.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos,**

Puesto en votación el artículo 3º, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 4º.

"El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan."

Los Diputados Accorsi y Robles formularon indicación para reemplazar el inciso primero por el siguiente:

"Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469, N° 18.933 y N° 19.465, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen."

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

Artículo 6°.

"El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para intercalar, en el inciso cuarto, a continuación de la expresión "Prima Universal", la frase "un índice de siniestralidad;" y suprimir la frase "y un índice de siniestralidad".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso cuarto, la expresión "la tabla", por "un modelo".

3. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero:

Al inciso cuarto, para eliminar la frase "considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad".

4. Del Diputado Cornejo, al inciso quinto, para reemplazar las palabras "una tabla" por "un modelo".

En la discusión se expresó que el inciso cuarto establece que la tabla de compensación de riesgo considerará, entre otras cosas, el índice de siniestralidad. Se estimó que, para el común de las personas, el concepto de siniestralidad en materia de seguros está referido a la mayor o menor ocurrencia de siniestros, en este caso, se trataría de consultas o enfermedades. Se preguntó cuál es el sentido de este índice en este artículo.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que el índice de siniestralidad dice relación con la ocurrencia efectiva de problemas de salud, por lo que se debe considerar la situación anterior, *ex antes*, y la posterior, *ex post*. Cree que, en la medida en que se pueda contar con información confiable, si se revisan los modelos internacionales de ajuste de riesgo, existen predicciones que se realizan *ex antes* y que deben ser corregidos *ex post*, dependiendo, entre otros aspectos, de un subconjunto de enfermedades y condiciones, en la medida en que éstas se produzcan. Por lo tanto, se está hablando de un modelo, no de una tabla, por lo que el Ejecutivo está formulando indicación para reemplazar dicha expresión, ya que es necesario corregir los índices en base a la ocurrencia efectiva del problema.

El señor **Tokman** (asesor del Ministerio de Hacienda) precisó que, en la forma propuesta, el índice de siniestralidad no será considerado dentro de la tabla de compensaciones y que lo mínimo para compensar serán las variables de sexo y edad. El índice de siniestralidad es lo que falta para determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud y no implica un índice individual por cada aseguradora, sino que corresponde a un índice global necesario para saber cuánto está costando garantizar la atención de estos problemas de salud.

En la Comisión se señaló que de los fundamentos expresados no queda clara la actual redacción de este inciso, por lo que se propondrá su supresión.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, para mayor claridad, debiera aprobarse la indicación número 1, ya que ahí queda nítidamente señalado que el índice de siniestralidad no será considerado en la elaboración del modelo de ajuste de riesgo.

En el seno de la Comisión se destacó que las variables de sexo y edad son las que menos inciden en el tema de salud y, en cambio, las socioeconómicas son las que más influyen y son las que estarían quedando fuera por lo que se estima necesaria la aprobación de la indicación número 1.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Puesta en votación la indicación N° 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación N° 4, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 9°.

"El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

- 1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.*
- 2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.*
- 3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.*

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento."

Los Diputados, Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para introducir las siguientes modificaciones:

a) Intercalar, en el número 2, a continuación de la palabras "Dos", la palabra "decanos" y, al final del numeral, antes del punto (.), la frase "o sus representantes"

b) Intercalar, en el número 3, a continuación de la palabras "Dos", la palabra "decanos" y, al final del numeral, antes del punto (.), la frase "o sus representantes"

En el debate, se fundamentó la indicación signada con la letra a) señalándose que se debe precisar que el integrante del Consejo debe ser el decano o su representante, en razón de la importancia de la labor que desempeñará en el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, ya que deberá contar con el respaldo de su facultad y no con el propio de un académico.

Por otra parte, se estimó que debe dejarse abierta la posibilidad de que sea el decano el que elija a su representante y dicho nombramiento puede recaer en cualquier académico.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 12.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones del Régimen incorporarán progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.”

La Diputada Cristi y los Diputados Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud será revisado cada tres años, contados, la primera vez, desde la publicación del decreto que lo establezca y, en lo sucesivo, de la del que apruebe sus modificaciones.

El Régimen o sus modificaciones entrarán en vigencia no antes de sesenta días contados de la publicación señalada en el inciso precedente.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero no existiere una modificación del Régimen aprobada por decreto, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Sin perjuicio de lo señalado en los incisos precedentes, en circunstancias graves y calificadas, el Presidente de la República podrá ordenar, mediante decreto supremo fundado, la revisión del Régimen antes del cumplimiento del plazo indicado en el inciso primero.”

En la discusión se señaló que la indicación es meramente formal y no contiene modificaciones de fondo. Así es como el inciso primero regula la vigencia del Régimen, el segundo se refiere a su modificación y el tercero a la facultades del Presidente de la República.

En contraposición, se expresó que la indicación no contempla la referencia a que las modificaciones del Régimen no pueden implicar la limitación o disminución de los derechos de las personas afectas a esta ley.

Los autores aclararon que esa referencia la han considerado redundante, por cuanto ello ya está contemplado en otras disposiciones del proyecto.

Puesta en votación la indicación, se contabilizaron cuatro votos a favor, cinco en contra y una abstención. Repetida reglamentariamente, se produjo un empate. Repetida nuevamente la

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

votación, ésta se mantuvo. Consecuentemente, por ser la última sesión de la Comisión sobre esta materia, **se dio por rechazada** reglamentariamente la indicación.

Artículo 13.

"El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud."

Se formularon las siguientes indicaciones.

1. De los Diputados Accorsi y Cornejo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 13.- El Sistema de Acceso Universal y el Régimen de Garantías Explícitas señaladas en el artículo 1° deberán ser financiados obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N°18.469 y a los de las Instituciones de Salud Previsional.

Los beneficiarios indicados en el inciso anterior podrán elegir libremente a su médico tratante y al establecimiento donde recibirán las atenciones de salud, tanto para el Sistema de Acceso Universal como para el Régimen de Garantías Explícitas.

Los médicos, debidamente acreditados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, deberán suscribir un contrato que establecerá las normas técnicas, los estándares de calidad, los procedimientos y aranceles definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. El reglamento precisará lo establecido en los párrafos anteriores."

2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, al inciso primero, para sustituir la frase "deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías" por la siguiente "estarán obligados al financiamiento de las acciones".

3. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Ojeda y Palma, para intercalar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.”

4. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Palma y Robles, para incorporar el siguiente inciso tercero, nuevo:

“En el caso de las especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, los prestadores individuales que no dispongan de reconocimiento otorgado por alguna universidad reconocida por el Estado, un organismo autónomo de alta calificación científica o por el reconocimiento de un Servicio de Salud por más de cinco años de ejercicio efectivo de la especialidad, deberán acreditarse ante la autoridad sanitaria, la que certificará a través de una comisión especial que estará conformada por representantes de sociedades científicas, facultades de medicina, colegio profesional, y su funcionamiento será regulado por el reglamento correspondiente.”

5. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase que comienza con la expresión “que, conforme a la ley,” y termina con las palabras “Garantías en Salud” por la siguiente: “que hayan suscrito convenios con el Servicio de Salud respectivo o con el Fondo Nacional de Salud para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979.”

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisibles** las indicaciones números 1, 2 y 4, por incidir en materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

Respecto de la indicación signada con el número 3, manifestó tener dudas respecto de su admisibilidad, por lo que solicitó un pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación la admisibilidad, se aprobó por seis votos a favor y cuatro en contra.

Sin debate, puesta en votación la indicación número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo tiene por objeto especificar las condiciones por las cuales el Fondo Nacional de Salud puede suscribir convenios con terceros y dice relación con el límite establecido por el decreto ley N° 2.763, de 1979.

Se dejó expresa constancia de que la objeción que merece la nueva redacción propuesta por el Ejecutivo a este inciso dice relación con el otorgamiento de facultades al Fonasa para articular la red asistencial pública. Es decir, no sólo se otorgan atribuciones a los Servicios de Salud para establecer convenios con prestadores privados, sino que también al Fondo Nacional de Salud. Ello implica que la red no sólo estará integrada por establecimientos públicos y por clínicas privadas que puedan haber suscrito convenio con el Servicio, sino que, además, por otra red paralela, conformada por aquellos prestadores que hayan suscrito convenio con el Fonasa, lo cual implica un cambio drástico, en que el que paga es el que articula la red.

Se insistió en que debe ser el Estado, a través del Ministerio de Salud, el que debe tener una red de prestadores. Ella se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

descentraliza mediante los Servicios de Salud. Esa debe ser la forma de establecer las redes asistenciales.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reconoció que actualmente los convenios son suscritos por los Servicios de Salud, pero aseveró que el Fondo Nacional de Salud también está facultado para suscribir convenios con prestadores privados. Por lo tanto, no existe ninguna modificación respecto de las normas vigentes, sino que sólo se hace referencia al cuerpo legal que define lo que debe entenderse por red asistencial, lo que corresponde a la ley sobre autoridad sanitaria y gestión, es decir, al decreto ley N° 2.763, de 1979. Por tanto, lo único que se está haciendo es precisar la norma.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación número 5, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Artículo 14, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo:

"Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.”

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Los Diputados Bayo, Ojeda, Olivares y Palma formularon indicación para agregar el siguiente inciso, final:

“Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contraderivación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.”

En la Comisión se estimó que este inciso restringe la actividad profesional. Quien se inscriba en una Isapre estará obligado a someterse a sus normas en circunstancias que en el Régimen de Garantías se contempla que las normas las establecerá el Ministerio de Salud para todos los prestadores, lo que está en directa contradicción con la posibilidad de que las Instituciones de Salud Previsional tengan capacidad normativa respecto de los procedimientos en el Régimen de Garantías en Salud.

Por otra parte, se expresó opinión en el sentido de que esta indicación no es contradictoria con las facultades del Ministerio en esta materia y de que las referencias que se hacen al cumplimiento de los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen dicen relación con la celebración del convenio entre el prestador y la Isapre.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) hizo presente que esta indicación proporciona las herramientas administrativas para que las Isapres puedan pactar aranceles y den cumplimiento al Régimen de Garantías en Salud. Este inciso se refiere a la celebración de convenios y no a las normas del Régimen propiamente tal.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 15, nuevo.

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar el siguiente artículo 15, nuevo:

“Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

Asimismo, dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

- El Diputado señor Ojeda formuló indicación al inciso primero, para reemplazar la expresión "expreso señalamiento" por "expresa mención"

- Los Diputados Aguiló, Cornejo, Forni, Masferrer y Melero, formularon indicación para incorporar el siguiente artículo 15, nuevo:

"Artículo 15.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se deberá dejar constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N°18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) manifestó que el artículo 15 nuevo que se propone por el Ejecutivo recoge lo propuesto por la indicación de los parlamentarios que fue declarada inadmisibile en el trámite anterior de este proyecto sobre un procedimiento administrativo de reclamación frente al incumplimiento en que pueda incurrir un prestador determinado respecto a la oportunidad de la atención de la prestación incluida en el Régimen de Garantías.

Se confía al reglamento la determinación de los instrumentos para que se ejecute de manera expedita la obligación no cumplida por el prestador.

En la Comisión se expresó que, efectivamente, la indicación del Ejecutivo recoge el espíritu de la indicación de los parlamentarios que tiene por objeto crear un sistema ágil de reclamación ante el incumplimiento de las garantías, a fin de no judicializar el sistema.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibile la indicación de los parlamentarios.

En el debate se estimó necesario fijar un plazo para promulgar el reglamento, ya que la demora en que se incurre en la aprobación y promulgación imposibilitará el ejercicio de los derechos por parte de los beneficiarios.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) precisó que este artículo resguarda la obligación para que el Fondo Nacional de Salud y las Isapres, en las mismas condiciones, cumplan con la garantía de oportunidad prevista en la ley cuando la prestación no sea otorgada al beneficiario.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) planteó dudas respecto de la solución automática del reclamo, especialmente cuando se está proponiendo la creación de una Superintendencia que se deberá abocar a la solución de este problema.

En la Comisión se insistió en que el bono automático estaba pensado para el caso de no cumplimiento de la garantía de oportunidad, ya que esa es la forma más clara en cuanto al incumplimiento, por lo que esta idea no es contradictoria con la creación de la Superintendencia.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo no hace rígido el sistema de reclamo, sobre todo considerando que no se encuentran establecidas las condiciones para hacer efectivas las garantías ni definidos los centros que otorgarán las prestaciones, ya que no basta que haya convenio, sino que deben existir las condiciones para hacerlo, y menos se pueden generar incentivos para no dar cumplimiento con las garantías.

Cerrado el debate y puestas en votación la indicación del Ejecutivo con la del Diputado Ojeda, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

La Diputada Cristi y los Diputados Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para agregar al artículo 15, nuevo, el siguiente inciso, final:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“En caso de que no se cumpla con el otorgamiento de la prestación dentro del plazo señalado en el reglamento, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.”

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) expresó tener dudas respecto de la admisibilidad de la indicación, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación al admisibilidad, se contabilizaron seis votos en contra, cinco a favor y una abstención, Repetida, reglamentariamente la votación, **fue rechazada** por seis votos en contra, cuatro a favor y una abstención. Consecuentemente, se declaró **inadmisible** la indicación.

Artículo 16, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para incorporar, a continuación del artículo 15, nuevo, el siguiente Párrafo 6º, nuevo, en el Título I, modificándose la numeración de los artículos que le siguen:

“Párrafo 6º: Del Aporte Fiscal por Concepto de Prima Universal.

“Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.”

En el seno de la Comisión se destacó que se propone un mecanismo claro destinado al otorgamiento del aporte fiscal para los indigentes y para los afiliados cuyas cotizaciones no alcancen a cubrir el costo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

del Auge. Asimismo, esta disposición aborda el problema de la acreditación de la indigencia, que actualmente está encomendada a las municipalidades, sin que exista un criterio uniforme para su determinación.

Sin más debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 17, nuevo.

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Olivares, Quintana y Robles formulan indicación para agregar en el párrafo VI!, el siguiente artículo 17, nuevo.

“Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de salud Previsional o a sus afiliados.”

En el debate, se fundamentó la indicación señalando que, para los autores de la misma, esta materia reviste suma importancia, ya que durante la discusión de las diversas iniciativas que conforman la Reforma de Salud en lo que dice relación con la solidaridad, el financiamiento efectivamente está construyendo un sistema más equitativo. El proceso de reforma que ha iniciado el Gobierno no intenta modificar la realidad existente de que los sectores pobres son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y que los de medios y altos ingresos los son de Isapres. Resulta obvio que la focalización del gasto fiscal tiene que apuntar de manera inequívoca a los sectores de menores ingresos de la población, por lo que la proposición del Ejecutivo respecto del aporte fiscal para cubrir el valor de la prima universal, en el caso de los indigentes o de las personas cuyas cotizaciones no alcancen para cubrir su valor total, fue aprobada por unanimidad.

La indicación tiene por objeto dejar claramente señalado que estos aportes deben ser ingresados al Fonasa y que por ningún motivo la persona pueda cambiarse a una Isapre y llevar ese aporte estatal a una Isapre.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, al parecer, los señores parlamentarios no comprendieron el alcance del artículo 16 de este mismo párrafo, que establece que el aporte fiscal será entregado al Fondo Nacional de Salud y no a las personas, por lo que, si éstas deciden ingresar a una Isapre, no pueden llevarse el aporte.

Por el contrario, se puso énfasis en que es de la esencia de la libre elección que la persona puede escoger libremente su sistema de salud. Ello está directamente relacionado con la portabilidad del subsidio.

Por otra parte, se destacó que, si no queda claramente establecida una norma como la propuesta, podría suceder que el Fondo de Compensación terminara entregando recursos fiscales a las Isapresa lo cual es enteramente inaceptable.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 14, que pasó a ser 18.**N° 9.**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud.", pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo."

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles formularon indicación a este número, para agregar, en el inciso primero, del artículo 28, a continuación del punto seguido (.), la siguiente frase: "Con todo, los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se atiendan en modalidad institucional, en el caso de hospitalización, estarán exentos de realizar copagos."

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

Título II, Disposiciones Varias.

Se hace presente que no se formularon indicaciones al artículo 14 del proyecto, que pasó a ser 18.

Artículo 15, que pasó a ser 19.

Modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

N° 1.

"1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

El Ejecutivo, formuló indicación para sustituir la letra c), del número 1, por la siguiente:

"c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan", incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

En el debate se señaló que las Isapres están obligadas a otorgar el Régimen de Garantías más el plan complementario que equivale a lo dispuesto en la ley N° 18.469, que establece el régimen de prestaciones para todos los beneficiarios del sector público en su modalidad de libre elección. Se consultó acerca de cuál es el objeto de esta indicación.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) aclaró que la indicación es meramente formal y su objeto es señalar que el plan complementario tiene como beneficios obligatorios mínimos todas las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

prestaciones y bonificaciones del arancel Fonasa de libre elección. Agregó que en el artículo 33 bis se contempla el Régimen de Garantías en Salud.

Se hizo presente que la norma podría contener modificaciones de fondo, ya que el plan de salud celebrado entre una Isapre y un beneficiario contiene una parte obligatoria y una complementaria. La obligatoria, a su vez, tiene dos componentes: uno, que corresponde al Régimen de Garantías en Salud y, otro al arancel Fonasa de modalidad de libre elección.

En lo que respecta al Régimen de Garantías, las Isapres no pueden cobrar un precio distinto para todos los afiliados y no podrán efectuar ninguna discriminación por razones de sexo o de edad. Sobre la segunda parte, es decir, todas las prestaciones incluidas en la modalidad de libre elección del Fonasa, no pueden hacer distinción de precio entre los afiliados de su propia Isapre.

Por ello, se expresó que queda la impresión de que, si se modifica este artículo, lo único que se está haciendo es dar lugar a interpretaciones erróneas.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) hizo presente que la observación es razonable en cuanto a los beneficios mínimos de un contrato que una Isapre puede celebrar con un usuario, ya que ello incluye el Régimen de Garantías y la modalidad de libre elección del Fonasa, además del subsidio de incapacidad laboral.

Desde el punto de vista del precio nivelado, existe una innovación en el sentido de que se establece la obligación de que haya un precio nivelado para las prestaciones mínimas. Pero, en lo que dice relación con la libre elección, no se puede establecer un criterio rígido sino que debe existir flexibilidad, para que no se produzca un subsidio desde las personas de menores recursos que tienen un plan institucional hacia los de mayores recursos con modalidad de libre elección.

En el seno de la Comisión se dejó constancia de que se entiende la explicación del Ministro, pero que, así como los beneficiarios del Fonasa tienen acceso a dos modalidades de atención perfectamente definidas y reguladas, en lo que respecta a los beneficiarios de Isapres la distinción entre la modalidad institucional y de libre elección no lo es tanto, sobre todo si se tiene presente el hecho de que no existen prestadores exclusivos, sino preferentes. Pero no puede eliminarse la modalidad de libre elección y, por lo tanto, todos tienen posibilidad de acceder a ella. Incluso quien utiliza un prestador preferente está haciendo uso de la libre elección.

Lo que no se entiende es cómo se puede producir el efecto de que las personas de menores ingresos subsidien a las de mayores ingresos que usen la modalidad de libre elección.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que la modalidad de libre elección en Isapres difiere de la del Fonasa en el sentido de que la primera es flexible y permite gran diversidad de competencia. Por lo tanto, siendo parte del plan obligatorio el que exista para este tema el precio nivelado, al haber tanta diversidad y diferencia en el precio de los aranceles, se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

produce el efecto inconveniente de un subsidio de las personas de menores recursos, que usan menos la modalidad de libre elección, hacía los otros usuarios. Esa es la razón técnica por la cual se propone modificar esta disposición.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos.**

N° 3.

"3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:

"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.

Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería

General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de

la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y

plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional señaladas en el artículo 31."

El Ejecutivo formuló la siguiente indicación, para sustituir su número 3 por el siguiente:

"3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión "anuales".

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) manifestó que la indicación es una parte de dos modificaciones. La primera es hecha al artículo 32 bis) de la ley para suprimir la expresión "anuales" y permitir la adecuación de los contratos cada tres años. Al mismo tiempo, deja sin efecto la norma del artículo 31 bis contenida en este numeral del proyecto, relacionada con la obligación de los independientes de cotizar, ya que dicha obligación se entiende cumplida cuando se estableció en la ley N° 18.469 que los trabajadores independientes deben cotizar para salud, ya sea en Fonasa o en Isapres, por lo que es innecesario repetir esta norma en la ley N° 18.933.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 4.

"4.- *En el artículo 33:*

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

El Ejecutivo formuló indicación para modificar el número 4 de la manera que se expresa:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá comprender, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección."

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra b), nueva, pasando la actual a ser letra c):

"b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Isapre hubiese pactado el otorgamiento de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores.”

c) Agréganse, a continuación de la letra b), que pasó a ser letra c), las siguientes letras d), e) y f), nuevas:

“d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

1.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

“d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38.”

2.- Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g) la expresión “artículo 33 bis” por “artículo 33 ter”, todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.), por la siguiente: “El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.”

Letra a).

Sustituye la letra a) del artículo 33.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, en general, la indicación tiene por objeto perfeccionar la transparencia del mercado de los seguros privados de salud.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) expresó que la sustitución de la letra a) tiene por objeto traspasar al plan complementario la cobertura financiera del Fondo Nacional de Salud en forma obligatoria.

Sin debate, puesta en votación la indicación a la letra a), fue aprobada reglamentariamente.

Letra b).

Intercala una letra a bis), nueva, al artículo 33.

En la Comisión se consultó por qué la característica de prestadores institucionales se aplica para el sector público y en el sector privado de las Isapres se habla de prestadores preferenciales.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que la norma contenida en la letra a bis) es complementaria de las normas a que se hizo alusión, ya que aquí se establece que, cuando exista un contrato en el cual se haga referencia a una institución, este hecho quede claramente

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

señalado en el contrato. Es una de las normas que persigue, precisamente, la transparencia de los contratos, por lo que, cuando exista un prestador institucional, clínica o centro médico, se debe individualizar al prestador.

Además, esta norma es concordante con la definición de prestador contenida en el proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud.

Sometida a votación, la letra b) **fue aprobada por mayoría de votos.**

Letra c.

Introduce las siguientes modificaciones en la letra d)

1. Sustituye el primer párrafo de esta letra, y
2. Suprime su párrafo segundo.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) expresó que la indicación establece que los precios variarán en la medida en que exista una adecuación de los contratos. Recordó, además, que los precios de los planes de salud se modificarán en la medida en que se apruebe por decreto supremo el Régimen de Garantías en Salud, por lo que los contratos se modificarán cada vez que ello ocurra.

Puesto en votación el número 1, **fue aprobado por unanimidad.**

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) indicó que la supresión del párrafo segundo de la letra d) del artículo 33 vigente es concordante con la eliminación del mismo que fue aprobada por las Comisiones Unidas en el proyecto de ley de Isapres. Esta indicación tiene el mismo objetivo.

Sometido a votación el número 2, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Letra e).

Efectúa una corrección de concordancia en las letra e) f) y g) del artículo 33.

Sin debate, puesta en votación la letra e), **fue aprobada por unanimidad.**

Letra f).

Modifica el inciso tercero del artículo 33.

En la Comisión se hizo mención especial de la crítica que se formula a las Isapres porque fijan los precios de los planes en unidades de fomento y no en pesos. Si se establece que los contratos tendrán una duración de tres años, esta norma debería ir complementada con otra destinada a disponer que su precio sea fijado en pesos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que gran parte de los contratos se pactan en unidades de fomento, igual que los topes de las cotizaciones y los reembolsos. Cree que las modificaciones ya aprobadas implican un gran avance en materia de contratos del sistema privado de salud.

Los Diputados Girardi, Letelier, don Felipe, Palma y Robles formularon indicación a la letra f) para suprimir la expresión "en unidades de fomento o".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sin debate, sometida a votación la letra e), **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 5, nuevo.

"5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 6, nuevo.

"6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

"Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

Sin debate, puesta en votación la indicación **fue aprobada por unanimidad.**

N° 7, nuevo.

"Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud.”

En la Comisión se consultó si la persona que no está obligada a cotizar para salud tiene posibilidad de imponer en el Fondo Nacional de Salud.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) aclaró que todos los trabajadores dependientes y los independientes están obligados a cotizar para salud y que esta norma constituye una excepción que se aplica a un grupo muy reducido de personas, como, por ejemplo, al dueño de una microempresa, al que se le está dando la posibilidad de suscribir un contrato de salud voluntario. Además, hizo presente que los independientes cotizan sobre la base de la renta proveniente del trabajo, por lo que, si un microempresario no se fija una renta, en ese caso estaría en dicha situación.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 8, nuevo.

“Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice “El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato”, por la siguiente: “Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo”.

ii) Elimínase la frase que señala: “dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,”.

iii) Elimínase la oración que dispone: “Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.”

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la frase que dice “Anualmente, en el mes de suscripción del contrato,” por la siguiente: “Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,”.

ii) Agrégase, a continuación de la frase “excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución”, la siguiente: “y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis”.

iii) Sustitúyense las palabras “revisar” y “adecuar” por “adecuar” y “modificar”, respectivamente.

iv) Intercálase, entre las palabras “carta certificada” y “con”, la palabra “expedida”.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En relación con las indicaciones contenidas en la letra a), se expresó desacuerdo en la Comisión, por cuanto modifican una disposición que facultaba a los cotizantes para desahuciar su contrato en forma anual. La enmienda propone que ello sea al mes siguiente a la fecha en que se comunique la adecuación de su contrato. Como ella se hará cada tres años, sólo podrá ejercer esa facultad en ese período.

Se argumentó que la razón que se da respecto de la equiparidad de facultades en este caso no es válida por cuanto existe un desequilibrio evidente entre la Institución de Salud Previsional y el usuario.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) precisó que esta norma es concordante con la modificación realizada en el artículo 40, en la cual se establece que el usuario de la Isapre, en caso de incumplimiento grave, tiene el derecho a desahuciar unilateralmente el contrato. Destacó que, si se desea que el sistema de Isapres efectúe prevención, se debe buscar que existan carteras estables en el tiempo. Lo ideal sería que existieran contratos de salud indefinidos y que hubiera una relación duradera entre el usuario y su Isapre, ya que ello permitiría que se desarrollaran todos los incentivos de manejo integral de salud que también se desean para el sector público.

En el debate se destacó que el primer efecto que tendrá la modificación que permite la adecuación de los contratos cada tres años será que las Isapres subirán el costo de los precios, ya que deberán asumir el riesgo de ese lapso y lo traspasarán a los usuarios.

Por otra parte, se agregó que debe tenerse presente la norma de la letra g) del artículo 33 bis, en la que se aprobó una modificación de esa letra, que se refiere a la estipulación precisa de las exclusiones y dispone que no podrán excluirse las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria. Además, se establece claramente que las Isapres deben brindar cobertura siempre a esas acciones en la forma en que lo establezca el contrato y que no puede excluirse la cobertura de las prestaciones y beneficios respecto de problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo y salud mental.

Todas estas obligaciones están establecidas para las Instituciones de Salud Previsional y no para el sistema público, lo cual podría implicar que la prevención para el sector público no tiene la importancia que el Ministerio de Salud le está dando al sistema privado. Estima que existe una contradicción entre estas normas aplicables al sector privado y las que rigen al sector público ya que se obliga a las Isapres a realizar prevención. Para ello, se requieren carteras estables. Sin embargo, los 10 millones de usuarios del sistema público, tal como se está legislando, son discriminados, porque no se lo obliga a hacer prevención.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señala que lo que se está haciendo en este proyecto y en el que modifica la ley de Isapres es transformar la lógica de los seguros individuales de corto plazo en seguros colectivos de más largo plazo.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación i), **fue rechazada por unanimidad.**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Sometida a votación la indicación ii), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación iii), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Las indicaciones signadas con la letra b) se debatieron y votaron en forma separada

Sobre las indicaciones antes señaladas, el señor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que estas modificaciones se refieren a la readecuación de los planes una vez que el Régimen de Garantías en Salud entre en vigencia.

En la Comisión se consultó si el rechazo de la indicación que modificaba el plazo de vigencia de los contratos influye en la modificación propuesta para el inciso tercero.

En la discusión se consideró que se está frente a dos temas distintos, por cuanto el inciso tercero y la indicación se refieren a la adecuación de los precios después de seis meses de vigencia del Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones.

Por otra parte, se recalcó que la Corporación de Usuarios de las Isapres señaló que existen múltiples problemas respecto de las notificaciones que hacen las Isapres a sus usuarios por carta certificada y que el Ejecutivo propone agregar que el plazo se contará desde que ella sea expedida.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) hizo presente que el Ejecutivo recogió la inquietud de la Corporación de Usuarios de Isapres y, respecto del punto solicitó que los cambios de planes y de precios, especialmente, debían regir desde que la Isapre remitiera una carta certificada enviada con la suficiente antelación al vencimiento del contrato. En este sentido, lo que se está haciendo es decir que la carta certificada debe ser "expedida" en lugar de "enviada", ya que el primer concepto responde a una terminología legal comúnmente usada.

En otro orden de materias, expresó que independientemente de la posibilidad del afiliado de revisar su contrato anualmente ello, está regulado en otro inciso. En el inciso tercero se establece la adecuación del contrato en relación con las modificaciones que sufra el Régimen de Garantías en Salud.

Se hace presente que las indicaciones signadas con la letra b) se votaron en forma separada.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación i), fue **aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación ii), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación iii), **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación iv), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Artículo 20, nuevo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del artículo 15 actual, que pasó a ser artículo 19, el siguiente artículo 20, nuevo, modificándose correlativamente la numeración de los siguientes artículos:

“Artículo 20.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras “por petición expresa del Ministro de Salud” y termina con las palabras “si las circunstancias así lo ameritan” y la coma (,) que la antecede.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que esta norma flexibiliza el sistema, al suprimir la obligación de que se actúe por petición del Ministro de Salud cuando se trate de prestaciones que el servicio público no pueda otorgar. Asimismo, esta norma concuerda con la petición de agilización del cumplimiento de las garantías. Además, recordó que existe una limitación de recursos, que corresponde al 10 por ciento del presupuesto que puede ser destinado al cumplimiento de las garantías cuando el sistema público no pueda hacerlo.

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 17, que pasa a ser 22.

“Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, el que será supervisado y administrado por el Ministerio de Salud.”

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 17.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, el que se será administrado por el Ministerio de Salud.”

b) Del Ejecutivo, para sustituir la frase que sigue a la palabra “Previsional” y la coma (,) que le antecede, por la siguiente: “y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo comprende la de los parlamentarios. Además, puso énfasis en que es clave para el éxito de la Reforma que exista un Fondo de Compensación que ajuste el riesgo entre toda la población, de manera tal que efectivamente las personas de menor edad puedan apoyar a los adultos mayores así como los de menor riesgo sanitario puedan apoyar a las de mayor riesgo.

En la Comisión se hizo presente que, efectivamente, las indicaciones del Ejecutivo a este Título reponen el Fondo de Compensación para las Isapres y para el Fondo Nacional de Salud, con lo cual se está tratando de resolver en el sector público un problema del sector privado. En efecto, el primero adolece de largas listas de espera, que constituyen el motivo central de reclamo e los usuarios, y el problema no reside en la falta de cobertura financiera.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Por el contrario, la mayor cantidad de reclamos en el sector privado son la cobertura financiera, y el "descrime" de los afiliados en las Instituciones de Salud Previsional y la discriminación de que son objeto las mujeres y los adultos mayores, en razón de su riesgo.

Estos problemas intentan ser solucionados con un sistema obvio, que naturalmente se debiera realizar en las Isapres con la existencia de un Fondo Compensatorio que cubriera estos dos riesgos -el sexo y la edad- de manera tal de uniformar los planes en forma horizontal y socializar los riesgos, de suerte que el plan de salud de los hombres sea un poco más oneroso, igual que el de los jóvenes, para que al final se cumpla con el objetivo de no tener planes discriminatorios y más caros para las mujeres y los adultos mayores.

Después de haber concordado con esa premisa, se cambia la idea básica incorporando a este Fondo al Fonasa y a las Isapres, que son precisamente las que tienen el problema. Se fundamenta el cambio en que este Fondo permitirá traer recursos desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud, cuando lo único que se está haciendo es resolver el problema de las entidades del sector privado, ya que éste no existe en el sistema público.

Por otra parte, se dejó constancia en acta de que en el diario El Mercurio del día 16 de diciembre pasado se da cuenta del informe técnico de las Isapres en relación con la votación del primer informe de este proyecto. Sobre este tema, se señala de manera tajante que esto inviabiliza a las Isapres, lo cual resulta del todo contradictorio con los fundamentos del Ministerio respecto de que el Fondo de Compensación allegaría recursos desde las Isapres al Fonasa.

La reacción de la Asociación de Isapres sobre la aprobación de este Título en el primer trámite, en palabras del señor Andrés Tagle, fue objetarlo absolutamente. Por ello, existe el convencimiento de que los reclamos no residen en el hecho de que las Instituciones no podrán realizar aportes al Fondo de Compensación, sino que dejarán de percibir los recursos del sector público.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que los fundamentos de la indicación del Ejecutivo que repone la proposición original son meramente técnicas. Acota que en Chile, por mandato constitucional, existe libertad de elección del sistema de salud. No se puede hacer una separación entre los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y los usuarios del Fondo Nacional de Salud. Por ello, no se puede hacer compensación de riesgo sólo en el sector privado, cuando existe la posibilidad de que la persona se cambie de sistema.

Agregó que, si no se cambia la norma constitucional, lo que se podría hacer es crear el Régimen de Garantías sólo para los usuarios del sistema público de salud, de modo que otra vez haya sistemas distintos. El Ejecutivo ha requerido avanzar hacia un sistema sanitario con visiones comunes que resuelvan los problemas de salud de manera similar y otorgar soluciones técnicas factibles y viables a los problemas de que adolecen tanto el sistema público como el privado. Para ello, se requiere solidarizar los riesgos.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En el debate, se hizo presente que es necesario dejar establecida una opinión política en razón de los dichos de esta discusión, por cuanto de ellos pareciera darse a entender que los parlamentarios que han presentado la indicación para sustituir este artículo y el Gobierno estuvieran equivocados. Se insistió en que para la Oposición resulta paradójico e incomprensible el nivel de desconfianza hacia un Gobierno del cual se es parte ya la insistencia en el supuesto de que se desea perjudicar a la clase más desposeída, de que no se quiere ser solidario o de que se erige en defensor del sistema de las Isapres.

Por otra parte, cuando se hace mención de los artículos del diario El Mercurio, se omite que es también la opinión, de la red del Centro de Estudios en Salud, CESAL, que integran personeros altamente calificados de Gobierno y de Oposición.

Respecto de la creación del Fondo de Compensación Solidario propiamente tal, con participación del Fondo Nacional de Salud y de las Isapres, se señaló que puede ocurrir que la población beneficiaria de las Isapres vaya envejeciendo, provocándose el efecto contrario, con lo que podría ocurrir que el Fonasa termine subsidiando al sistema de Isapres.

No entiende la oposición cerrada a esta iniciativa sobre todo si tiene presente que este Fondo estará bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

En otra intervención se expresó que se puede establecer un Fondo de Compensación Global pero con condiciones, y la condición planteada desde el inicio ha sido que no existan traspasos de recursos fiscales para compensar eventuales riesgos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reiteró que, si no existe un cambio de la norma constitucional, que consagra la libertad de elegir el sistema de salud, la única manera de evitar el *descrime*, que siempre será en perjuicio del Fonasa, es a través de la existencia de este Fondo de Compensación. Asimismo, expresó que el Ejecutivo no es partidario de establecer un subsidio al portador, sino que sólo pretende un sistema estable y que exista un sistema de acceso universal e integral. Lo técnicamente más correcto es crear el Fondo de Compensación, en que se estén las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud. Se mantendrá esta posición durante toda la tramitación de este proyecto.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 18, que pasa a ser 23.

"El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional, por concepto de ajuste de riesgos, por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud."

El Ejecutivo formuló indicación para agregar la expresión "y al Fondo Nacional de Salud", después de la palabra "Previsional".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Sin debate, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 19, que pasa a ser 24.

"El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que correspondan a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento."

El Ejecutivo formuló las siguientes indicaciones.

a) Para agregar, en el inciso primero, la expresión "y del Fondo Nacional de Salud", después de la palabra "Previsional".

b) Para sustituir, en el inciso segundo, la expresión "el Ministerio de Salud" por "la Superintendencia de Salud".

Sin debate, sometida a votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 20, que pasa a ser 25.

"Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo, edad, situación socioeconómica, condiciones geográficas y medioambientales. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Con todo, las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios."

El Ejecutivo formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 25.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo podrá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por "período de predicción" el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento."

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Los Diputados señores Accorsi, Palma y Robles formularon indicación para reemplazar la palabra "podrá" por "deberá" que se encuentra a continuación de la expresión "Dicho modelo".

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que la obligación será posible de cumplir en la medida en que exista la información.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 20 bis nuevo, que pasa a ser 26.

La Diputada Mella y los Diputados Aguiló, Cornejo, Girardi; Letelier, don Felipe; Ojeda y Robles formularon indicación para agregar el siguiente artículo 20 bis, nuevo:

"Artículo 20 bis.- Sin embargo, el Fondo de Compensación Solidario no podrá recibir, a ningún título, recursos financieros o subsidios de origen fiscal.

Del mismo modo, ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o hacia sus afiliados."

Se hizo presente que la indicación tiene por objeto establecer que no existan traspasos de fondos públicos al sistema privado de salud.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) estima que la norma es inadmisibles, por cuanto incide en la administración financiera del Estado.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) manifestó que le asistían dudas sobre la inadmisibilidad de la indicación, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

En la Comisión se hizo presente que el inciso primero de la indicación merece reparos y que se presta a confusión. En todo caso, se estimó que, de no aprobarse el inciso segundo, se estaría estableciendo la portabilidad del aporte y, obviamente, se estarían traspasando recursos fiscales a las Instituciones de Salud Previsional, lo cual implicaría desvirtuar el sentido de la Reforma.

El Diputado señor **Aguiló**, a nombre de sus autores, retira la indicación y presenta una nueva indicación, cuyo texto es del siguiente tenor:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Artículo 20 bis.- Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados."

En la sala se insistió en que de igual manera se mantiene el problema de la admisibilidad, por cuanto la indicación incide en la administración financiera del Estado, materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, ya que coarta la posibilidad de que se traspasen recursos.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) señaló que le asistían dudas, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación la admisibilidad de la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 21, que pasa a ser 27.

"Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.

Asimismo, la Superintendencia indicada en el inciso precedente fiscalizará el cumplimiento de lo dispuesto en este Título."

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 21.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta."

d) Del Ejecutivo, para introducir la siguientes modificaciones:

a) Agregar la expresión "y el Fondo Nacional de Salud" después de la palabra "Previsional".

b) Reemplazar la expresión "al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres," por "a la Superintendencia de Salud".

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Consecuentemente, **por la misma votación, fue rechazada** la indicación signada con la letra b).

El Ejecutivo formuló indicación para incorporar el siguiente Título VI, nuevo:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"TÍTULO VI
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Párrafo 1°

Normas Generales

Artículo 37.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.

Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante "la Intendencia de Isapres".

Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá establecer los niveles jerárquicos de Departamentos, Subdepartamentos, Secciones u Oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.

Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Párrafo 2°

De la Fiscalización de las Garantías en Salud.

Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;

6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;

8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;

9.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas;

10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos, y

11.- Las demás que señale la ley.

Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5º del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Párrafo 3º

De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:

- 1.- Las contenidas en el artículo 3º de la ley N° 18.933;
- 2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;

- 3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;

- 4.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud;

- 5.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;

- 6.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley;

- 7.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, y

- 8.- Las demás que contemplen las leyes.

Párrafo 4º

De las Funciones Comunes.

Artículo 46.- En general, corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones:

- 1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

- 2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;

- 3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

Artículo 47.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Párrafo 5º

De los Recursos.

Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 49.- En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Isapre u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Párrafo 6º

Disposiciones Finales.

Artículo 50.- El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.

Artículo 51.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551 de 1981.

Artículo 52.- El personal de la Superintendencia se registrá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 53.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.

Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.

El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.

Artículo 54.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente."

- Se hace presente que el Diputado señor Bayo formuló indicación para agregar un Título VI, nuevo, de la Fiscalización del Sistema de Salud, la que fue declarada inadmisibles.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) destacó que el fundamento de la indicación reside en que, a igualdad de derechos que se desea consagrar en el sistema de salud, tanto público como privado, debe existir no sólo igualdad de normas sino que también de fiscalización, ya que, si existen entidades distintas, aun cuando existan las mismas normas, en la práctica se pueden producir diferencias en la fiscalización en cuanto a la interpretación de las mismas, con lo cual en el cumplimiento de los derechos podrían presentarse diferencias.

Por otra parte, se pretende que, al existir igualdad de derechos, de normas y de fiscalización, se respete la idiosincrasia tanto del sistema de Isapres como del Fonasa, reconociendo que son entidades distintas, con sus propias particularidades. Por ello, la indicación crea una sola entidad,

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

para evitar la duplicidad de funciones, la burocracia y distintas interpretaciones de las normas de fiscalización.

Dentro de esta única entidad, existirá una Intendencia exclusiva para la fiscalización de las Isapres y otra que velará por los derechos de las personas en cuanto a las garantías de salud.

Además, este organismo deberá colaborar con el Ministerio de Salud en el cumplimiento de las normas e instrucciones impartidas respecto del acceso, calidad y oportunidad de todas las prestaciones de la ley N° 18.469.

En la discusión se expresó que se propone crear una estructura que duplica funciones. Se estima que la Superintendencia de Isapres, con las atribuciones que se le otorgan puede tener los mecanismos para regular el sistema de seguros privados de salud. En lo que respecta al sistema público, no se tiene por qué crear una nueva entidad, porque éste no tiene nada que ver con seguros.

Se manifestó desacuerdo con la creación de este organismo, por cuanto está claro que no aporta a la fiscalización de las normas del Régimen de Garantías y sólo duplica funciones y crea más burocracia.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reiteró que la indicación precisamente respeta las lógicas de cada sistema de salud. Ante una misma normativa e iguales derechos y la necesidad de que no existan diferencias de interpretación de las normas, se crea una entidad única para su fiscalización.

Por otra parte, en el debate se destacó que la indicación del Ejecutivo responde al rechazo, en el primer trámite, de la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud sólo para el sector público, ante lo cual se propone esta nueva entidad. En esta materia no se puede mezclar el concepto de seguros, ya que la creación de la Superintendencia de Salud está relacionada con el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud y no con el concepto de seguros.

Se manifestó concordar en general con la indicación del Ejecutivo, no obstante discreparse de alguna de sus normas en particular; pero ante la necesidad de contar con una instancia única de fiscalización, se estimó que se debía votar a favor de la indicación.

Después de intercambiar opiniones sobre el procedimiento de votación, **se acordó proceder a votar todo el Título en una sola votación.**

Puesto en votación el Título VI, nuevo, se contabilizaron tres votos a favor, cuatro en contra y cuatro abstenciones. Repetida la votación, **fue aprobado por ocho votos a favor y cuatro en contra.**

Disposiciones transitorias.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar los siguientes artículos transitorios cuarto, quinto y sexto, nuevos:

"Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y al logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud."

"Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma impositibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella."

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que esta disposición está directamente relacionada con la creación de la Superintendencia de Salud, ya que se otorgan las facultades necesarias para poner en funcionamiento un organismo público.

Dando respuesta a una consulta, expresó que, efectivamente el plazo se cuenta desde la publicación de la ley. Aun cuando el Régimen se aprueba por decreto, el plazo de vigencia del mismo es anterior al vencimiento del plazo que se otorga para la puesta en funcionamiento de la Superintendencia.

Puestos en votación los artículos cuarto y quinto transitorios, **fueron aprobados por unanimidad.**

"Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3º, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley."

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que esta disposición es consecuencia de las modificaciones que se hicieron al artículo 3º y dice relación con las normas que debe elaborar el Ministerio respecto de la calidad y oportunidad.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

6. Artículos nuevos.

Se encuentran en esta situación los artículos 14, 16, 17, 20, 26, 27, 34 a 54, inclusive, y los artículos cuarto, quinto y sexto transitorios.

7. Indicaciones rechazadas e inadmisibles.

a) Indicaciones rechazadas.

Al artículo 6º.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, al inciso cuarto, para eliminar la frase "considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad".

Al artículo 12.

- De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud será revisado cada tres años, contados, la primera vez, desde la publicación del decreto que lo establezca y, en lo sucesivo, de la del que apruebe sus modificaciones.

El Régimen o sus modificaciones entrarán en vigencia no antes de sesenta días contados de la publicación señalada en el inciso precedente.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero no existiere una modificación del Régimen aprobada por decreto, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Sin perjuicio de lo señalado en los incisos precedentes, en circunstancias graves y calificadas, el Presidente de la República podrá ordenar, mediante decreto supremo fundado, la revisión del Régimen antes del cumplimiento del plazo indicado en el inciso primero."

Al artículo 13.

5. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase que comienza con la expresión "que, conforme a la ley," y termina con las palabras "Garantías en Salud" por la siguiente: "que hayan suscrito convenios con el Servicio de Salud respectivo o con el Fondo Nacional de Salud para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979."

Al artículo 15, que pasa a ser 19.**N° 8, nuevo.**

1. Del Ejecutivo, para modificar el inciso segundo del artículo 38 de la ley N° 18.933:

a) Para reemplazar la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

b) Para eliminar la frase que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

2. Del Ejecutivo, al inciso tercero, para intercalar, entre las palabras "carta certificada" y "con", la palabra "expedida".

Al artículo 21, que pasa a ser 27.

- Del Ejecutivo, para introducir la siguientes modificaciones:

a) Agregar la expresión "y el Fondo Nacional de Salud" después de la palabra "Previsional".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

b) Reemplazar la expresión "al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres," por "a la Superintendencia de Salud".

b) Indicaciones inadmisibles.**Al artículo 3°.**

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional y las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud."

2. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"El Régimen deberá incluir la cobertura de las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria, y la de las prestaciones y beneficios respecto de los problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental."

Al artículo 4°.

- De los Diputados Accorsi y Robles para reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

"Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469, N° 18.933 y N° 19.465, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen."

Al artículo 13.

1. De los Diputados Accorsi y Cornejo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 13.- El Sistema de Acceso Universal y el Régimen de Garantías Explícitas señaladas en el artículo 1°, deberán ser financiados obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N°18.469 y a los de las Instituciones de Salud Previsional.

Los beneficiarios indicados en el párrafo anterior podrán elegir libremente a su médico tratante y al establecimiento donde recibirán las atenciones de salud, tanto para el Sistema de Acceso Universal como para el Régimen de Garantías Explícitas.

Los médicos, debidamente acreditados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, deberán suscribir un contrato que establecerá las normas técnicas, los estándares de calidad, los procedimientos

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

y aranceles definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. El reglamento precisará lo establecido en los párrafos anteriores."

2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, al inciso primero, para sustituir la frase "deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías" por la siguiente "estarán obligados al financiamiento de las acciones".

3. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Palma y Robles, para incorporar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"En el caso de las especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, los prestadores individuales que no dispongan de reconocimiento otorgado por alguna universidad reconocida por el Estado, un organismo autónomo de alta calificación científica o por el reconocimiento de un Servicio de Salud por más de cinco años de ejercicio efectivo de la especialidad, deberán acreditarse ante la autoridad sanitaria, la que certificará a través de una comisión especial que estará conformada por representantes de sociedades científicas, facultades de medicina, colegio profesional y cuyo funcionamiento será regulado por el reglamento correspondiente."

Al artículo 15, nuevo.

1. De los Diputados Aguiló, Cornejo, Forni, Masferrer y Melero, para incorporar el siguiente artículo 15, nuevo:

"Artículo 15.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se deberá dejar constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N°18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud."

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar al artículo 15, nuevo, el siguiente inciso, final:

"En caso de que no se cumpla con el otorgamiento de la prestación dentro del plazo señalado en el reglamento, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla."

**Artículo 14, que pasa a ser 18.
N° 9.**

- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, para agregar, en el inciso primero del artículo 28, a continuación del punto seguido (.), la siguiente oración "Con todo, los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se atiendan en modalidad institucional, en el caso de hospitalización, estarán exentos de realizar copagos."

Del Diputado señor Bayo, para agregar el siguiente Título VI, nuevo:

**"TITULO VI
DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD**

Artículo 31.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y recursos de que disponga el país.

Artículo 32.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 33.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las leyes y de aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar por que las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud para que publiquen en los medios, con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, y de sus contratos con los afiliados.

Artículo 34.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como árbitro sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado a un representante del Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.

Artículo 35.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 36.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente de Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales, podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor".

Artículo 37.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 38.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga el recurso.

Artículo 39.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas de dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación a efectuar consignaciones judiciales.”

8. Disposiciones legales que el proyecto modifica o deroga.

Se encuentran en esta situación los artículos 5°, 8°, 11, 13, 18, 19, 25 y 28 de la ley N° 18.469; los artículos 2°, 3°, 33, 33 bis, 34 y 38 de la ley N° 18.933, y el artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

PROYECTO DE LEY
TÍTULO I
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD
Párrafo 1°

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Esta ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.

Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Párrafo 2°**De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 6°.- El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; **un índice de siniestralidad; un modelo** de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y **un modelo** de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°**Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión del Régimen.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos **decanos** de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado **o sus representantes**.
3. Dos **decanos** de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado **o sus representantes**.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los proporcionados.

Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesario para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; dar cuenta pública de sus sesiones; criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

Párrafo 4°**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones del Régimen incorporarán, progresivamente y en forma incremental, los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Párrafo 5°**De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.

Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contraderivación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

Párrafo 6°

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.

Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.

TÍTULO II**DISPOSICIONES VARIAS**

Artículo 18.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:
"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

"Artículo 7° bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería

General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del

Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto."

3.- En el artículo 8°:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).
- b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".
- c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:
- "d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."
- 4.-** En el artículo 11:
- a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:
"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."
- b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".
- 5.-** Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la expresión: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".
- 6.-** Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".
- 7.-** Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."
- 8.-** En el artículo 25:
- a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".
- b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:
"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."
- c) Derógase el inciso tercero.
- 9.-** Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 19.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece esta ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsual respectivos."

b) Agrégase, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33 la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión "anuales".

4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá comprender, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección."

b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Isapre hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato;

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

1.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

"d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38."

2.- Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

"Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

7.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:

"Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud."

8.- Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) En el inciso segundo, elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Agrégase, a continuación de la frase "excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución", la siguiente: "y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis".

iii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 20.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras "por petición expresa del Ministro de Salud" y termina con las palabras "si las circunstancias así lo ameritan" y la coma (,) que la antecede."

Artículo 21.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TÍTULO III**DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO**

Artículo 22.- Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional **y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.**

Artículo 23.- El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional **y al Fondo Nacional de Salud** por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 24.- El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional **y del Fondo Nacional de Salud.**

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que correspondan a las compensaciones que determine **la Superintendencia de Salud**, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 25.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por "período de predicción" el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.

Artículo 26.- Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

Artículo 27.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

Artículo 28.- Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO IV

DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 29.- Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 30.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI.

Artículo 31.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará, a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI, los que, en el caso de las Isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 32.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 33.- El reglamento a que se refiere este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 34.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO V**DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículo 35.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos de este artículo, se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

Artículo 36.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO VI**DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD****Párrafo 1°****Normas Generales**

Artículo 37.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.

Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante "la Intendencia de Isapres".

Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá establecer los niveles jerárquicos de Departamentos, Subdepartamentos, Secciones u Oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Párrafo 2º**De la Fiscalización de las Garantías en Salud**

Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;

6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;

8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;

9.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas;

10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos, y

11.- Las demás que señale la ley.

Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.

Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Párrafo 3°

De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:

1.- Las contenidas en el artículo 3° de la ley N° 18.933;

2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;

3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;

4.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud;

5.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;

6.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley;

7.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, y

8.- Las demás que contemplen las leyes.

Párrafo 4º

De las Funciones Comunes.

Artículo 46.- En general, corresponderán a la Superintendencia, las siguientes funciones y atribuciones:

1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;

3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

Artículo 47.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Párrafo 5°**De los Recursos.**

Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 49.- En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Isapre u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Párrafo 6°**Disposiciones Finales.**

Artículo 50.- El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.

Artículo 51.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

Artículo 52.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18,834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 53.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.

Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.

El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.

Artículo 54.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo segundo.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma impositibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.

Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3º, de esta ley, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley.

Se designó **DIPUTADO INFORMANTE** al señor **CORNEJO**
don Patricio.

SALA DE LA COMISIÓN, a 8 de enero de 2003.

Acordado en sesiones de fecha 17 de diciembre de 2002 y

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

7 y 8 de enero de 2003, con asistencia del Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) y de la Diputada señora Cristi, doña María Angélica y de los Diputados señores Accorsi, don Enrique; Aguiló, don Sergio; Bayo, don Francisco; Forni, don Marcelo; Girardi, don Guido; Masferrer, don Juan; Melero, don Patricio; Ojeda, don Sergio; Olivares, don Carlos; Palma, don Osvaldo, y Robles, don Alberto.

Asistieron, además, la Diputada señora Mella, doña María Eugenia y los Diputados señores Letelier, don Felipe y Quintana, don Jaime.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

I.- CONSTANCIAS.....	269
1. Normas orgánicas constitucionales y de quórum calificado:	269
2. Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda.	269
3. Artículos que no han sido objeto de indicaciones o de modificaciones.	269
4. Artículos suprimidos.	269
5. Artículos modificados.	269
6. Artículos nuevos.	310
7. Indicaciones rechazadas e inadmisibles.	310
a) Indicaciones rechazadas.	310
b) Indicaciones inadmisibles.....	312
8. Disposiciones legales que el proyecto modifica o deroga.	318
ÍNDICE	343

1.8. Segundo informe Comisión Hacienda

Cámara de Diputados, 15 de enero de 2003. Cuenta en Sesión 43, Legislatura 348.

Segundo informe de la Comisión de Hacienda recaído en el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. (Boletín N° 2947-11)

Honorable Cámara:

La Comisión de Hacienda pasa a emitir este segundo informe relativo al proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en conformidad a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, y en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

CONSTANCIAS PREVIAS

1. Disposiciones o indicaciones rechazadas

-De los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock a los artículos 6° y 17.

2. Artículos aprobados por unanimidad

Todos los votados por la Comisión, con excepción de los artículos 17 y 26.

-o-

Asistieron a la Comisión durante el estudio del segundo informe los señores Osvaldo Artaza, ministro de Salud; José Pablo Gómez, superintendente de Isapre; Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma; Fernando Riveros, fiscal de la Superintendencia de Isapre; Marcelo Tokman, coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, y los asesores Giampiero Fava, Consuelo Espinoza, Jacqueline Saintard y Carl Franz Koehler.

Las disposiciones puestas en conocimiento de esta Comisión, en este trámite, son los artículos 3°, 6°, 14, 15, 16 y 17, los Títulos III y VI, y los artículos 4° y 5° transitorios.

El informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, con fecha 13 de enero de 2003, relativo a la indicación que crea la Superintendencia de Salud señala que "se estructura a partir de una reestructuración del Ministerio de Salud, por lo que se financiará con cargo al presupuesto anual de dicho ministerio. Por lo tanto, no representará costo fiscal adicional para el año 2002 y venideros.

Conforme a lo señalado, la indicación no presenta costo fiscal directo para el año 2002. Respecto a los años siguientes, su costo se especificará en la ley de Presupuestos respectiva."

En relación con la discusión particular del articulado, cabe señalar lo siguiente:

En el artículo 3°, se establece que el Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

En el inciso segundo, se dispone que el Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.

Se explicó respecto a la norma propuesta que su propósito es transparentar a la ciudadanía las condiciones en que toda prestación debe ser dada.

Puesto en votación el artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 6° que inicia el párrafo de la elaboración del Régimen de Garantía en Salud se introduce entre los elementos que deberá considerar el reglamento un índice de siniestralidad y se agregan las expresiones "un modelo" referido a la compensación de riesgo y "un modelo" de ajuste de riesgos para realizar las compensaciones legales que correspondan.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon la siguiente indicación:

- a) para eliminar en el inciso cuarto la frase ", considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad.", y
- b) para eliminar en el inciso quinto la frase "que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad."

El diputado Von Mühlenbrock, don Gastón, opinó que las expresiones referidas serían redundantes.

El señor Artaza coincidió en que la disposición, en tal sentido, sería redundante; sin embargo, el Ejecutivo habría adherido a la posición de los parlamentarios de la Comisión Técnica en cuanto a que se clarificara el concepto.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 4 votos a favor y 6 votos en contra.

Sometido a votación el artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 14, se señala que en conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen.

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En el inciso segundo, se contempla que en caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

En el inciso tercero, se establece que el reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

En el inciso cuarto, se precisa que sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.

En el inciso quinto, se determina que las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contradervación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon una indicación para reemplazar en el párrafo primero del inciso quinto, la palabra "deberán" por "podrán".

Puesto en votación este artículo con la indicación precedente fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 15, se señala que un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

En el inciso segundo, se dispone que dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 16, se establece que el Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

En el inciso segundo, se precisa que este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

En el inciso tercero, se establece que las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

Puesto en votación este artículo fue aprobado en forma unánime.

En el artículo 17, se contempla que el aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

El diputado Aguiló, don Sergio, justificó que el aporte fiscal se destine al Fonasa por cuanto éste está obligado a entregar las prestaciones del sistema AUGE a los indigentes, cuestión que no se produce en el caso de las Isapre. Hizo hincapié en que no se está en presencia de un sistema que subsidia a la demanda.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon una indicación para eliminar este artículo, la que fue rechazada por 2 votos a favor y 5 votos en contra.

Puesto en votación el artículo fue aprobado por 5 votos a favor y 2 votos en contra.

En el artículo 22, se crea el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 23, se señala que el Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

El diputado Dittborn, don Julio, preguntó si habrá compensación entre instituciones y si es posible la portabilidad de la compensación.

El señor Osvaldo Artaza precisó que conforme a la Constitución Política los cotizantes pueden ir de un sistema a otro, lo que no significa que el subsidio que otorgue el Estado esté sujeto a un esquema de portabilidad. Lo anterior no obsta que haya compensación de riesgos entre el sistema público y el privado.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 24, se contempla que el Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

En el inciso segundo, se señala que tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 25, se establece que para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por "período de predicción" el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.

Puesto en votación este artículo fue aprobado en forma unánime.

En el artículo 26, se señala que ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 2 votos en contra.

En el artículo 27, se precisa que para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

El Título VI De la Superintendencia de Salud fue votado sin debate, siendo aprobado por unanimidad.

En el artículo 4° transitorio, se faculta al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

En el inciso segundo, se señala que el Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1. Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.
2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

3. Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.
4. Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.
5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.
6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.
7. Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.
8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.
9. Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.
10. Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

En el inciso tercero, se dispone que el mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

En el artículo 5° transitorio, se preceptúa que a contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

En el inciso segundo, se establece que la aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

En el inciso tercero, se contempla que cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma impositibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.

SEGUNDO INFORME COMISION HACIENDA

Sometidos a votación en forma conjunta los dos artículos transitorios antes transcritos fueron aprobados en forma unánime.

Sala de la Comisión, a 14 de enero de 2003.

Acordado en sesión de fecha 14 de enero de 2003, con la asistencia de los diputados señores Ortiz, don José Miguel (Presidente accidental); Alvarado, don Claudio; Bertolino, don Mario; Dittborn, don Julio; Escalona, don Camilo; Hidalgo, don Carlos; Jaramillo, don Enrique; Pérez, don José; Caraball, señora Eliana; Silva, don Exequiel; Tohá, señora Carolina, y Von Mühlenbrock, don Gastón.

Concurrieron también los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Robles y Rossi.

Se designó diputada informante a la señora Tohá.

(Fdo.): JAVIER ROSSELOT JARAMILLO, Abogado Secretario de la Comisión.

DISCUSIÓN SALA

1.9. Discusión en Sala

Legislatura 348, Sesión 43, 15 de enero de 2003. Aprobado en particular.

RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD. Primer trámite constitucional.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Corresponde tratar, en primer trámite constitucional, el proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud.

Diputado informante de la Comisión de Salud es el señor Patricio Cornejo.

Antecedentes:

-Segundos informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda, boletín N° 2947-11. Documentos de la Cuenta N°s 7 y 8, de esta sesión.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se cita a reunión de Comités.

Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señora Presidenta, pido a mis honorables colegas la mayor atención a este informe, ya que difiere sustancialmente del primero, por cuanto se le introdujeron importantes modificaciones a raíz de las indicaciones formuladas tanto por el Ejecutivo como por los señores diputados.

El proyecto de ley, en segundo trámite reglamentario, se inició en un mensaje de su Excelencia el Presidente de la República y regula el denominado Régimen de Garantías en Salud, también conocido como sistema Auge, recaído en la Comisión de Salud de esta Corporación, y que fuera aprobado en general por esta Sala el 12 de diciembre pasado.

En su título I, párrafo 1º, que contiene las disposiciones generales - artículos 1º al 5º-, sólo se modificó el artículo 3º, al cual se le introdujo un nuevo inciso segundo, por indicación del Ejecutivo, para determinar que las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, quedarán determinadas mediante normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad a través del Ministerio de Salud. Dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de las prestaciones, teniendo presente los recursos de que disponga cada establecimiento asistencial.

En el párrafo 2º, que se refiere a la elaboración del Régimen de Garantías en Salud, se modificaron los incisos cuarto y quinto del artículo 6º, para determinar que un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen de Garantías en Salud, y deberá contener, entre otros elementos, un modelo de compensación de riesgo, en vez de una tabla de compensación de riesgos, como se señalaba en el artículo original.

En el párrafo 3º, que se refiere a la creación y conformación del Consejo

DISCUSIÓN SALA

Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, se precisa que de los seis representantes institucionales, aquellos correspondientes a las facultades de medicina y economía o administración lo harán a través de sus respectivos decanos o sus representantes.

El párrafo 4º, sobre la revisión del Régimen de Garantías en Salud, no sufrió modificaciones.

En el párrafo 5º, sobre la obligatoriedad en el otorgamiento del Régimen, se modificó el artículo 13, al que se le agregó un nuevo inciso tercero que establece que la autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.

Dentro de este párrafo 5º, se agregaron los artículos 14, 15, 16 y 17, nuevos, pasando el artículo 14 a ser 18.

El artículo 14, nuevo, señala que los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que dicha elección permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en el Régimen de Garantías en Salud. Si ello no fuera posible, deberá atenderlo otro profesional dentro del mismo establecimiento.

También se precisa en este artículo que los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser derivados a la Red Asistencial, en el nivel que corresponda, cuando se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud por parte de los prestadores debidamente acreditados, como se establece en el artículo 13 del proyecto, y lo determinará su reglamento.

Igualmente, este artículo establece que las isapres deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén debidamente acreditados para las prestaciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Ello será materia de los convenios que suscriban los prestadores con la isapre correspondiente, donde se obliga a fijar normas, procedimientos, aranceles, derivaciones y contraderivaciones de pacientes que obliguen a las partes.

El artículo 15, nuevo, indica que un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fonasa y las isapres para dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias que dicen relación con el Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, y la razón de ello. Dicho reglamento, además, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fonasa y las isapres para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta futura ley, en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario.

En el párrafo 6º, del aporte fiscal por concepto de prima universal, el

DISCUSIÓN SALA

artículo 16, nuevo, establece que el Estado realizará un aporte fiscal al Fonasa para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que no cotizan, por indigencia o carencia de recursos, y a aquellos cotizantes legales que no alcancen a cubrir, para sí y para sus cargas, el valor de la prima universal del Régimen de Garantías en Salud.

Este aporte fiscal será equivalente al valor de la prima universal para los indigentes que no coticen y de la diferencia que resulte entre el valor de la prima universal y los montos de la cotización de aquellos beneficiarios que, aun cuando coticen, no cubran el valor de dicha prima.

El artículo 17, nuevo, determina que el aporte fiscal que haga el Estado no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fonasa o sus afiliados, hacia las isapres o sus afiliados.

En el título II, que contiene disposiciones varias, el artículo 18, que introduce diversas modificaciones a la ley N° 18.469, no fue objeto de indicaciones.

El artículo 19, que, a su vez, introduce diversas modificaciones en la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional, fue objeto de varias indicaciones:

En el numeral 1.- se agrega una nueva letra i), para señalar que la expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en los artículos 33 y 33 bis del proyecto.

El numeral 2.- no fue objeto de indicaciones.

El numeral 3.- suprime, en el artículo 32 bis, la expresión "anuales".

En el numeral 4.- se establecen varias modificaciones al artículo 33, para dejar debidamente estipulado, en los contratos de las isapres, que los planes complementarios deberán comprender la cobertura financiera de las prestaciones de la modalidad de libre elección de la ley N° 18.469.

También se establece la individualización de los prestadores institucionales.

Asimismo, que los convenios entre las isapres y los prestadores deberán ser conocidos por la Superintendencia y los afiliados, y que el precio del plan se pactará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país.

El numeral 5.- crea un nuevo artículo 33 bis, pasando el actual a ser 33 ter.

En esta disposición se obliga a las isapres a dar el Régimen de Garantías en Salud. Los procedimientos y mecanismos para su otorgamiento serán aprobados por la Superintendencia.

Asimismo, establece que "El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre,...". Y que ésta podrá hacer una redistribución de los recursos provenientes de las cotizaciones de sus afiliados, previamente aprobado el proceso por la Superintendencia.

Además, dice que "La Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente".

El numeral 6.- sustituye el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a

DISCUSIÓN SALA

ser artículo 33 ter, por el siguiente:

“Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25 por ciento de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas”.

El numeral 7.- sustituye el inciso primero del artículo 34 por el siguiente: “Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud”.

El numeral 8.- modifica el artículo 38 en aspectos formales.

Los artículos 20 y 21 no fueron objeto de indicaciones.

El título III se refiere al Fondo de Compensación Solidario.

El artículo 22 se aprobó con una indicación del Ejecutivo, en orden a reponer la participación del Fonasa en dicho fondo.

Los artículos 23 y 24 fueron modificados en igual sentido.

El artículo 25 establece que “Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

“Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por “período de predicción” el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento”.

El artículo 26 que se introdujo en este segundo informe, señala: “Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá

DISCUSIÓN SALA

contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados”.

El artículo 27 señala: “Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta”.

El artículo 28 no fue objeto de indicaciones.

El Título IV se refiere al Fondo Maternal Solidario. En él, los artículos 29, 30, 31, 32, 33 y 34 no fueron objeto de indicaciones.

El Título V se refiere al subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario.

Sus artículos 35 y 36 no fueron objeto de indicaciones.

El Título VI se refiere a la Superintendencia de Salud.

Dicho Título, que contiene la creación de un organismo de fiscalización del Régimen de Garantías en Salud y sus atribuciones, fue rechazado en su totalidad en el primer trámite reglamentario, pero fue repuesto por el Ejecutivo y aprobado por mayoría de votos con importantes modificaciones.

El artículo 37 crea la Superintendencia de Salud.

El artículo 38 establece que la Superintendencia de Salud ejercerá la supervigilancia y control de las isapres en todas las materias que la ley impone, así como sobre el Fonasa, en orden a velar por el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud a los beneficiarios de la ley N° 18.469, para lo cual se constituirán dos intendencias: la de Isapres y la de Derechos.

El artículo 39 determina la estructura y organización de la Superintendencia de Salud.

El artículo 40 regula el nombramiento del superintendente de Salud.

El artículo 41 señala las funciones y atribuciones de la Superintendencia de Salud en el control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud respecto del Fonasa y de las instituciones de salud previsional, a través de la Intendencia de Derechos.

Los artículos 42 y 43 establecen atribuciones especiales de la Superintendencia de Salud sobre el Fonasa en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud para los beneficiarios de la ley N° 18.469.

El artículo 44 regula las controversias que surjan entre el Fonasa o las isapres con sus beneficiarios, dándole facultades a la Superintendencia de Salud para arbitrar los conflictos entre las partes.

El artículo 45 indica funciones y atribuciones de la Superintendencia de Salud sobre el control legal de las isapres en todas las obligaciones que les imponen las leyes y el control de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

El artículo 46 estipula funciones y atribuciones de la Superintendencia comunes para las isapres y el Fonasa.

El artículo 47 señala otras funciones y atribuciones de la Superintendencia, relacionadas con la potestad para requerir antecedentes e

DISCUSIÓN SALA

información.

Los artículos 48 y 49 precisan los recursos que podrán deducir los beneficiarios respecto de las determinaciones o resoluciones que dicte la Superintendencia de Salud a su favor o en su contra.

El artículo 50 establece que la Superintendencia deberá rendir cuenta anual de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional.

El artículo 51 indica que la Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos establecidos en el decreto ley N° 3.551 de 1981.

El artículo 52 se refiere a que el personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

El artículo 53 señala que el personal de la Superintendencia será nombrado por resolución en carácter de planta, a contrata o a honorarios.

El artículo 54 señala que la Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley.

Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos registros, el superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública. En el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

Disposiciones transitorias.

Los artículos 1º, 2º y 3º transitorios no fueron objeto de indicaciones.

Se agregó un artículo 4º transitorio, que faculta al Presidente de la República para que, por el plazo de un año, dicte uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el ministro de Hacienda, para regular la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

Se agrega un artículo 5º transitorio, que señala que la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional será, por el solo ministerio de la ley, la de la Superintendencia de Salud, cuyo personal se traspasará en igualdad de condiciones, cargos, grados, calidad jurídica y remuneraciones, de una a otra entidad.

DISCUSIÓN SALA

Finalmente, se agrega un artículo 6º transitorio, nuevo, para señalar que las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3º de esta iniciativa legal, deberá dictarse en un plazo no inferior a seis meses desde la entrada en vigencia de la ley, para lo cual el Ministerio de Salud deberá disponer la información fidedigna y debidamente auditada de los tiempos de espera de ellas.

Es cuanto puedo informar.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- ¿Habría acuerdo de la Sala para que ingrese el asesor del Ministerio de Salud, señor Hernán Sandoval?

No hay acuerdo.

Tiene la palabra la diputada informante de la Comisión de Hacienda, señora Carolina Tohá.

La señora **TOHÁ** (doña Carolina).- Señor Presidente, procedo a informar respecto del informe de la Comisión de Hacienda, en segundo trámite reglamentario, sobre el proyecto de ley que crea el Régimen de Garantías en Salud, conocido como sistema Auge.

La Comisión de Hacienda se abocó a la discusión de los artículos y títulos que corresponden a sus funciones. En su gran mayoría, fueron aprobados por unanimidad, con excepción de los artículos 17 y 26.

Asistieron a las sesiones, además del señor Osvaldo Artaza, ministro de Salud, los señores José Pablo Gómez, superintendente de Isapres; Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma; Fernando Riveros, fiscal de la Superintendencia de Isapres; Marcelo Tokman, coordinador de política económica del Ministerio de Hacienda; y Giampiero Fava, Consuelo Espinoza, Jacqueline Saintard y Carl Franz Koehler, asesores.

Los artículos estudiados por la Comisión dieron el siguiente resultado:

El artículo 3º, en este segundo trámite, tiene un agregado que establece que respecto de las prestaciones que no están cubiertas por el sistema Auge, el Ministerio de Salud dictará normas y dará instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad, de manera de evitar -temor planteado por algunas personas- que estas prestaciones queden postergadas y desatendidas. De esta manera, se tendrán normas e instrucciones que establecerán particularmente los tiempos de espera, teniendo presente los recursos y las posibilidades de que dispone el sistema público de salud para establecer estos compromisos con la ciudadanía.

El artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 6º establece que el ministerio definirá, con asesoría del consejo consultivo y por decreto supremo, el Régimen de Garantías en Salud. Su revisión y la elaboración del Régimen de Garantías en Salud se hará por el ministerio con asesoría del consejo.

El ministerio tendrá que fijar las normas técnicas y médicas necesarias para la ejecución del sistema Auge, y, como parte de esto, un reglamento establecerá los procedimientos técnicos para que se elabore y se actualice el sistema Auge. En particular, deberá considerar todos los cálculos actuariales

DISCUSIÓN SALA

para determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud, la prima universal, el índice de siniestralidad y el modelo de compensación de riesgo, que deberá, por lo menos, contemplar las variables de sexo y de edad.

Este aspecto fue objeto de una indicación de los diputados Dittborn y Von Mühlenbrock, quienes consideraron innecesario que se estableciera de manera explícita la consideración de las variables de sexo y de edad. Más bien la idea era que esto fuera establecido en el reglamento y pudiera ser modificado por decisión ministerial.

La indicación fue rechazada y el artículo fue aprobado por unanimidad.

El artículo 14 contiene lo que en el debate de esta ley se ha conocido como el sistema de libre elección. Establece que los beneficiarios o usuarios del sistema de salud podrán elegir los profesionales, y que corresponderá al director definir si existe esa disponibilidad. Sin embargo, cuando estos profesionales no se encuentren disponibles, las personas deberán atenderse con los profesionales que corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento mencionado en el artículo 13 definirá la manera, la forma y las condiciones en que se suscriban convenios con el Fondo Nacional de Salud o con el servicio de salud por parte de los prestadores. Éstos podrán, cuando identifiquen una enfermedad o condición de salud que sea parte del sistema Auge, derivar a la red asistencial respectiva para que se dé cumplimiento a las garantías del sistema Auge. Las personas podrán optar entre atenderse en la citada red o bien quedar fuera de ésta, y, por lo tanto, sin las garantías.

Sin perjuicio de ello, de todas las condiciones del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios del sistema Fonasa van a poder acceder a un sistema de libre elección.

En el caso de las isapres, el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud tiene que ofrecer alternativas de libre elección a través de prestadores de salud acreditados por la autoridad sanitaria. Éstos deben cumplir con los estándares de calidad establecidos en las guías técnicas del régimen del Auge, y estarán obligados, a través de convenios, a los aranceles y a las normas que se establezcan por parte de las isapres respectivas.

El artículo fue aprobado en forma unánime.

El artículo 15 dispone que un reglamento establecerá los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las isapres para los efectos de dejar constancia, en los casos de tratamiento de personas que se acojan al sistema Auge, de la enfermedad o condición de salud consultada y de las prestaciones asociadas; del pago que correspondió hacer al beneficiario, y de la causal, en caso que corresponda, por la cual la prestación no se otorgó.

El artículo fue aprobado por unanimidad.

En el párrafo 6º, artículo 16, se establece el aporte fiscal por concepto de prima universal. Se trata de un precepto muy importante, porque se establece la obligación, por parte del fisco, en caso de indigencia o carencia de recursos que impidan a los cotizantes o beneficiarios del Fondo Nacional de Salud cotizar, o bien en el caso de aquellos que, cotizando, no logran cubrir la prima universal, de complementar los pagos o de hacerlos en su totalidad,

DISCUSIÓN SALA

según corresponda. Esto se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud, y el aporte deberá ser suficiente para lograr el equivalente a la prima universal para cada uno de los beneficiarios que se encuentran en esta condición.

El artículo fue aprobado por unanimidad.

El artículo 17 establece que, en ningún caso, el referido aporte fiscal debiera traducirse en el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud o desde sus afiliados hacia las instituciones de salud previsional. Por definición, debiera ser así, porque el aporte fiscal no es un subsidio que pueda ser portable por parte de los beneficiarios, sino que es un aporte al sistema Fonasa para complementar o suplir las cotizaciones en caso de que éstas no se puedan hacer. Sin embargo, se consideró necesario crear este artículo para evitar toda duda al respecto.

Los diputados Dittborn y Von Mühlenbrock formularon indicación para eliminar el artículo, que fue rechazada. En definitiva, fue aprobado por 5 votos contra 2.

La Comisión se abocó al estudio del título III completo del proyecto, referido al Fondo de Compensación Solidario. Existirá entre las isapres y el Fondo Nacional de Salud, y será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud. Se establece así en el artículo 22, que fue aprobado en forma unánime.

El artículo 23 establece que ese fondo va a tener el objeto de compensar a las isapres y al Fondo Nacional de Salud, al menos en lo que se refiere al ajuste de riesgo por concepto de sexo y edad de sus beneficiarios respecto de la prima universal del Régimen de Garantías en Salud.

El artículo fue aprobado por unanimidad.

El artículo 24 establece que el Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la prima universal por cada uno de los beneficiarios de las isapres y del Fonasa. Estos organismos, mensualmente entre sí, efectuarán los traspasos, de acuerdo con las compensaciones que correspondan y que determine la Superintendencia.

También fue aprobado en forma unánime.

El artículo 25 establece que, sobre la base de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6º, se hará la compensación, considerando las variables de sexo y edad, además de las epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, cuando exista información confiable sobre éstas.

Una vez cerrado el período de predicción y que exista un período pendiente, en ese caso, se dará el resto de las compensaciones, sobre la base del subconjunto de enfermedades o condiciones de salud que efectivamente ocurran en el período respectivo.

El artículo fue aprobado en forma unánime.

El artículo 26 -equivalente al artículo 17, ya examinado- establece que en ningún caso, a través de este sistema de compensación de riesgos, debieran producirse traspasos entre Fonasa y las isapres. En principio, y de acuerdo con la lógica que tiene el sistema de compensación de riesgos, esto es

DISCUSIÓN SALA

muy difícil que suceda, porque la mayor cantidad de la población con mayores riesgos se encuentra en Fonasa. Sin embargo, este artículo pretende evitar que, a través de alguna norma del reglamento, de un cambio futuro en la composición de la cartera de clientes en ambos subsectores, llegue a producirse esta eventualidad.

El artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 2 votos en contra.

No entraré en el detalle de los artículos 27 y 28, por cuanto son complementarios al funcionamiento de este Fondo de Compensación Solidario.

El Título VI establece el funcionamiento de la Superintendencia de Salud. Señala que será un órgano descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Fue votado sin debate y aprobado por unanimidad.

Se establece que será función de la Superintendencia de Salud la supervigilancia y el control de las instituciones de salud previsional, junto con velar por el cumplimiento de las obligaciones que imponen los contratos de salud y las leyes. Al mismo tiempo, le competará supervigilar y controlar al Fonasa en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud.

Esta Superintendencia estará integrada por una intendencia de derechos y una de instituciones de salud previsional.

La Superintendencia tendrá una organización y estructura que determinará, por resolución, el superintendente, una vez nombrado.

Se trata de un funcionario nombrado por el Presidente de la República, de su exclusiva confianza, el cual tendrá el título de superintendente y será el jefe superior del servicio.

Todos estos aspectos fueron aprobados unánimemente.

A continuación, en tres párrafos, se establecen las funciones de esta Superintendencia de Salud. El primero, se refiere a la fiscalización de las garantías en salud, es decir, del sistema AUGE.

Las principales funciones que tendrá esta Superintendencia -sólo mencionaré las más importantes- son:

Interpretar administrativamente las leyes, los reglamentos y las demás normas referidas al otorgamiento del régimen, e impartir las instrucciones generales para su aplicación;

Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros para el cumplimiento de las obligaciones que establece el régimen;

Velar por el cumplimiento de las leyes, reglamentos e instrucciones emitidas por la propia Superintendencia;

Dictar las instrucciones generales que den mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las instituciones de salud previsional y el Fonasa en los respectivos casos;

Imponer las sanciones que correspondan en conformidad con la ley, además de otras que se señalan;

Colaborar en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de los beneficiarios y cotizantes tanto del sistema Fonasa como del de Isapres, con el objeto de derivarlos a las autoridades

DISCUSIÓN SALA

correspondientes cuando se produzcan reclamos;

Ordenar que se instruyan sumarios administrativos al personal de Fonasa, incluyendo su propio director, en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud;

Ordenar a Fonasa la devolución de lo pagado en exceso, cuando se trate del otorgamiento de prestaciones, conforme al Régimen de Garantías en Salud.

El artículo 44 establece que el superintendente, en su calidad de árbitro arbitrador, resolverá, en los casos que corresponda, cuando las partes decidan acogerse a este arbitraje, las controversias entre las instituciones de salud previsional o el Fonasa y los cotizantes o beneficiarios. Todo ello, sin perjuicio de las facultades que tienen las partes de recurrir a la justicia ordinaria.

Estos artículos fueron aprobados unánimemente.

En el párrafo 3º se establece la fiscalización de las instituciones de salud previsional. En este caso, se dispone que la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios que no estén en el sistema AUGE será responsabilidad de la Superintendencia en el caso de las instituciones de salud previsional.

Para ello, corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones, que mencionaré en forma general: todas las que hoy tiene la Superintendencia de Isapres y que se encuentran establecidas en la ley N° 18.933, a las cuales se suman algunas adicionales. La más importante es dictar las instrucciones que permitan dar más claridad en las estipulaciones de los contratos de salud para facilitar la correcta interpretación y fiscalización de su cumplimiento.

Esta misma facultad existirá respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las distintas isapres. A ello, se suman una serie de funciones adicionales, más otras que se establezcan en la futura ley.

Estas funciones también fueron aprobadas en forma unánime.

En el párrafo 4º se establecen funciones comunes, más allá de las funciones de fiscalización, que, en general, comprenden recibir, delegar y absorber todas las consultas de los cotizantes y beneficiarios de isapres y de Fonasa;

Difundir información a los cotizantes y beneficiarios de isapres y de Fonasa para que comprendan mejor los beneficios y obligaciones que tienen en el Régimen de Garantías de Salud;

Informar periódicamente sobre las instrucciones y dictar resoluciones de carácter obligatorio, que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten a los beneficiarios cotizantes de ambos sistemas en lo referente a contratos y beneficios de salud.

Este párrafo también fue aprobado en forma unánime.

El artículo 47 establece que, para el cumplimiento de las funciones, el superintendente podrá inspeccionar las operaciones, bienes, libros del Fonasa y de las distintas isapres. Asimismo, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores y miembros de estas instituciones.

También fue aprobado en forma unánime.

El párrafo 5º de este título establece los recursos de que se podrá disponer para reclamar contra las resoluciones e instrucciones que dicte la

DISCUSIÓN SALA

Superintendencia. Para ello, podrán establecerse recursos de reposición en un plazo de cinco días ante la misma autoridad. Ésta deberá responder a estos recursos y pronunciarse en cinco días hábiles. Se podrá reclamar contra estas resoluciones ante la Corte de Apelaciones en un plazo de 15 días.

El párrafo también fue aprobado unánimemente.

Por último, el párrafo 6° establece que -lo que es muy importante y es una novedad que en nuestro sistema se establezcan estas obligaciones- el superintendente deberá rendir una cuenta pública anual de su gestión, lo cual deberá hacer a través de la publicación de una memoria y de un balance institucional, para permitir que las personas puedan continuamente evaluar y estar informados respecto de los avances y resultados obtenidos en la gestión del superintendente.

Dos disposiciones transitorias del proyecto fueron examinadas en la Comisión de Hacienda. Por la primera de ellas, el artículo cuarto transitorio, se facultó al Presidente de la República para que, en el plazo de un año, dicte los decretos que considere necesarios, por intermedio del Ministerio de Salud, los que, además, estarán suscritos por el Ministerio de Hacienda y por la Superintendencia de Salud, a fin de hacer efectivo el funcionamiento del Régimen de Garantías en Salud.

Por la segunda, el artículo 5° transitorio, se establece que a contar de la entrada en vigencia de la ley, la planta de la Superintendencia de Isapres pasará a ser la planta de la nueva Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley.

Es todo cuanto puedo informar.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se declaran aprobados, por no haber sido objeto de indicaciones ni de modificaciones, los artículos 1°, 2°, 5°, 7°, 8°, 10, 11 y 18, en lo que dice relación con sus números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; 19, número 2; 21, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 y 36, permanentes, y los artículos 1°, 2° y 3°, transitorios.

El señor **OJEDA**.- Pido la palabra por un asunto de Reglamento.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **OJEDA**.- Señora Presidenta, en consideración a que se votará artículo por artículo, ¿en qué momento tendrá lugar la votación?

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- A fin de discutirlos, se otorgarán cinco minutos por bancada en cada uno de los artículos que han sido modificados. Terminada la discusión del artículo, de inmediato se someterá a votación. Ésa es la modalidad de la discusión en particular.

El señor **MASFERRER**.- Pido la palabra, señora Presidenta.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **MASFERRER**.- Señora Presidenta, solicito votación separada en los artículos 3º, 18 y 19.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Señor diputado, esos artículos deben votarse en particular, por cuanto han sido objeto de modificaciones. En primer lugar, debe procederse a su debate y, enseguida, se votarán.

Tiene la palabra el diputado señor Dittborn.

El señor **DITTBORN**.- Señora Presidenta, ¿debo entender que el debate del proyecto está cerrado en lo que respecta a los artículos que no han sido objeto de indicaciones, y que nos abocaremos a la discusión particular?

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Señor diputado, el proyecto se encuentra en segundo trámite reglamentario. En consecuencia, ya fue aprobado en general. Ahora deberemos abocarnos a su discusión particular, artículo por artículo, en aquellos casos que han sido objeto de modificaciones.

Se suspende la sesión por cinco minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Continúa la sesión.
En discusión el artículo 3º.

Tiene la palabra el diputado señor Marcelo Forni.

El señor **FORNI**.- Señora Presidenta, básicamente quiero referirme al inciso segundo del artículo 3º, incorporado por el Ejecutivo, y que dice relación con el tratamiento de los pacientes que tienen alguna enfermedad no incluida en las 56 patologías del plan Auge.

Se trata de un tema de tremenda preocupación para el Colegio Médico, los gremios de la salud y los parlamentarios de los distintos sectores, porque la priorización de las 56 enfermedades consideradas en el plan Auge puede generar una discriminación respecto de aquellas que no están comprendidas en esa lista.

Esto debe entenderse bien. Creemos que en países como el nuestro, la priorización de enfermedades, en el marco de objetivos sanitarios claros y definidos, no es una mala opción, siempre que esto no signifique atentar, en esencia, contra el derecho constitucional a la salud que tienen todos los chilenos.

El Gobierno recoge esta inquietud, particularmente por la presión de los gremios, e incorpora en este segundo trámite reglamentario un inciso segundo al artículo 3º, que, lamentablemente, en mi opinión nada cambia la situación

DISCUSIÓN SALA

original, pero que puede llevar a muchos chilenos a creer que el problema está solucionado.

En esta materia es importante ser claros. De aprobarse la indicación del Ejecutivo, los pacientes que tengan dolencias no consideradas en el Auge tendrán exactamente los mismos derechos que antes de la indicación, y emplazo al ministro o a cualquier diputado a enumerar cuáles son los nuevos derechos que, en virtud de esta indicación, tendrán esos pacientes a contar de la fecha de vigencia de esta normativa.

El ministro me dirá, igual que en la Comisión, que con este inciso se van a poder gestionar de mejor forma las listas de espera, que son una preocupación permanente de los diputados, porque el problema ya es crónico.

Efectivamente, ¿cómo no nos va a preocupar que existan chilenos que tengan que esperar meses e incluso años para ser intervenidos? Todo lo que se haga en el manejo y administración de las listas de espera es bienvenido. El problema aquí es otro: si dos pacientes con cáncer terminal, uno Auge y otro no Auge, tendrán o no las mismas garantías. Eso, señor ministro, con una mano en el corazón, no será así, independientemente de si se aprueba o se rechaza esta indicación al artículo 3º.

Eso es lo que nos preocupa, porque en enfermedades como la que cité no hay tiempo para gestionar espera.

En consecuencia, en opinión de la bancada de la UDI, este inciso confunde, y, por esa vía, tranquiliza y descomprime la presión de los gremios; pero no tendrá ningún efecto práctico en la diferenciación que existe entre los pacientes Auge y los no Auge.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Señores diputados, vamos a dar a conocer otro procedimiento para votar el proyecto.

Como informó el señor Secretario, en la reunión de Comités acordamos discutir aquellos artículos que fueron objeto de modificaciones, y dar cinco minutos a cada bancada para las intervenciones correspondientes.

Asimismo, los Comités también decidieron que se constituyera una comisión compuesta por colegas de todas las bancadas, miembros de la Comisión de Salud, que buscara una alternativa más expedita para el tratamiento del proyecto.

Esta comisión acaba de entregar a la Mesa el acuerdo a que han arribado sus integrantes, y creemos que es mejor que el que inicialmente aprobamos los Comités.

La propuesta es la siguiente:

En primer lugar, hacer una discusión general para todos los artículos que no han sido aprobados reglamentariamente.

En segundo lugar, para este efecto cada bancada dispondrá de 30 minutos.

En tercer lugar, luego de la discusión se procederá a votar cada artículo.

Esta alternativa es menos complicada que discutir artículo por artículo con cinco minutos por bancada.

DISCUSIÓN SALA

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra, en el tiempo de la bancada del Partido por la Democracia, el diputado señor Enrique Accorsi.

El señor **ACCORSI.-** Señora Presidenta, quiero referirme a algunos conceptos y temas centrales que tienen que ver con este proyecto, tan complejo y discutido.

En primer lugar, no se puede soslayar la diferenciación entre los pacientes que se denominan "Auge" y los llamados "no Auge. Es muy importante que se garantice la atención de las patologías que no están incluidas en el plan Auge, ya que eso va a obligar al equipo de salud a tomar diferentes posiciones.

En este punto es muy importante la derivación de los pacientes. Por ejemplo, cuando el profesional sospecha que un paciente tiene cáncer, se hace un diagnóstico presuntivo, ya que el profesional no puede certificar su diagnóstico en el momento de ver al paciente. Obviamente, esto acarrea un problema de tipo ético: quién se va a hacer cargo de precisar cuáles serán los exámenes a que se tendrán que someter estos pacientes. Cuando uno hace un estudio preliminar, pone lo que se llama "diagnóstico diferencial", lo que significa que un dolor abdominal puede ser indicativo desde una úlcera hasta un cáncer gástrico.

Por lo tanto, ahí se produce un problema. Hay que ser categórico respecto de quién se hará cargo y quién tendrá la garantía para hacer los exámenes y los procedimientos diagnósticos que sirvan para determinar si ese paciente está o no está en el Auge.

Ello nos va a permitir dilucidar las derivaciones. Es un tema tremendamente importante, porque no basta con decir que vamos a abrir la puerta del policlínico de atención primaria a un diagnóstico que no está confirmado.

En segundo lugar, un tema que estimo tremendamente importante tiene que ver con la puesta en marcha del seguimiento del programa. Hemos hablado de un consejo nacional que va a incrementar en forma permanente el listado de prestaciones.

Al respecto, la autoridad debe tener la flexibilidad necesaria para que en ese consejo participen todos los organismos técnicos acreditados, con el objeto de dar transparencia y una garantía absoluta en cuanto a la idoneidad de las personas que van a estar representadas.

También considero muy importante que los usuarios tengan representación en ese consejo.

En tercer lugar, estimo muy importante y fundamental de implementar el tema que tiene que ver con la posibilidad de elección, cuestión que hemos estado discutiendo en forma permanente en relación con este articulado.

Aquí tenemos dos grupos diferentes: uno, las personas que se atienden en el sistema público, es decir, los afiliados al Fonasa, que tienen acceso a las instituciones públicas. Actualmente, los prestadores pueden inscribirse

DISCUSIÓN SALA

libremente en el Fonasa, y todos los beneficiarios pueden escoger libremente quién los atenderá, por lo que, a mi juicio, existe una mayor libertad de elección en el ámbito público que en el privado.

Lo que queremos que se discuta a fondo es la libre inscripción de los prestadores en el sistema privado, porque en la actualidad dicho sistema está cerrado, por lo que personas que tienen la calidad y la experiencia necesaria, no pueden ejercer en esa área.

Deberemos tener presente este tema cuando votemos en conciencia el articulado, porque se refiere a la libertad de elección. Actualmente, podemos elegir muchas cosas en Chile; pero se nos ponen cortapisas en lo que se relaciona con la elección de la salud, del médico o del equipo tratante.

En cuarto lugar, otra área importante en el concepto del Auge es la de la atención primaria. Es fundamental fortalecer el articulado para gozar de una atención primaria resolutive, que tenga los recursos humanos necesarios. Actualmente, tenemos 2 mil 500 médicos en atención primaria, una buena parte de los cuales no está acreditado; pero necesitamos por lo menos mil más en recursos humanos para la atención primaria.

Ése es un tema esencial, que no podemos obviar, y que el articulado que estamos discutiendo recoge en forma parcial. Estimo que, en relación con la atención primaria, se debe hacer hincapié en el refuerzo del recurso humano, en los elementos de diagnóstico y terapéuticos, y en todo lo que tiene que ver con los medicamentos.

En quinto lugar, otro de los temas importantes es el concepto solidario de la reforma. Estimamos que la prima universal sólo pone en juego el factor de riesgo a enfermar; no hay un aporte solidario tal como está tratado actualmente, sólo recoge un ámbito parcial, por lo que considero que cualquier reforma de salud que no contemple el factor solidaridad, es decir, que quienes tenemos más aportemos para la atención de quienes tienen menos, es incompleta, pues no está consensuada en ese sentido, y ello va a impedir lo que nos interesa: que los más pobres puedan acceder a las prestaciones de salud.

Ése es un concepto fundamental que debe estar inserto en la reforma. Por eso hemos pedido que algunos de los artículos se voten por separado, con el objeto de dejar bien en claro cuál es la posición de cada bancada.

En sexto lugar, otro tema central tiene que ver con los subsidios maternales. Hemos planteado reiteradamente que Chile debe hacer un esfuerzo para cuidar nuestro futuro, los niños. Hemos señalado que el subsidio maternal es fundamental, pero que está pésimamente orientado en la actualidad, porque se entrega por el Estado a un grupo de mujeres de altos ingresos, lo que es discriminatorio y no se condice con los ingresos y con la pobreza de algunas madres chilenas.

Tenemos que hacer un esfuerzo para mejorar este beneficio. Al respecto, existe un acuerdo de todas las bancadas para que los niños de Chile tengan derecho a recibir lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. Esto es invertir en la salud de la gente, de la población y de los más pequeños, los niños. Está demostrado que el apego de la madre con el hijo

DISCUSIÓN SALA

produce un bienestar importantísimo, que se traduce en una especie de barrera en contra de las adicciones. Además, no hay ningún otro proyecto que nos permita decir que el coeficiente intelectual de los niños subirá en casi 3 ó 4 puntos.

Por lo tanto, es un tema central, que no podemos soslayar: los grupos de ciudadanos que tenemos más debemos dar muestras de solidaridad con los que tienen menos. No se trata de gravar con más impuestos a la clase media. El tema de la maternidad es transversal y tiene que ver con todos los estratos sociales del país. Pero al mantener el subsidio maternal tal como está, discriminamos a un sector de la población tremendamente importante que hoy no tiene acceso a él.

Hay un grueso grupo de opinión, que comparto, que sugiere que nosotros, los varones, debemos hacer un esfuerzo mayor en lo que respecta a la maternidad. Estoy dispuesto a presentar una indicación en el sentido de que los varones podamos dar un aporte mayor a la maternidad.

(Aplausos).

El tema de las licencias médicas es central y tiene que ver con el derecho de protección de las personas. Lamentablemente, hasta la fecha no existe claridad en cuanto a quién las fiscalizará. Aun cuando hemos avanzado y hecho algunos aportes, pensamos que las licencias médicas deben ser fiscalizadas por un organismo independiente, diferente del actual.

Hoy, sobre todo en la salud privada, el rechazo de las licencias médicas constituye un hecho muy relevante, que impide que las personas enfermas puedan recuperar su salud de una manera integral.

Otro tema central se refiere a quién deberá apelar de las licencias médicas. Presentamos una indicación, pero fue rechazada, para que no fuera el usuario quien debiera apelar de tal decisión, sino la isapre. Lo veo como un punto central de justicia y de equidad que debemos mantener en forma categórica, que no podemos soslayar, sino reponer y mantener.

En lo que se refiere al fondo de compensación solidario, es fundamental la participación del Fondo Nacional de Salud.

Como dije, hay conceptos que, aun cuando hemos estado discutiendo durante mucho tiempo, todavía es necesario profundizar. Ojalá que en el Senado podamos introducir algunos cambios importantes en algunos artículos que están pendientes, como los que se refieren al fondo solidario y a la libre elección.

Señora Presidenta, el diputado señor Girardi me ha pedido algunos minutos del tiempo que corresponde al PPD, de manera que llego hasta aquí con mi intervención.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Ojeda.

DISCUSIÓN SALA

El señor **OJEDA.-** Señora Presidenta, me referiré al artículo 3º del proyecto, porque en nuestra bancada nos hemos repartido el tiempo para el tratamiento de las diversas disposiciones.

Dicha norma marca el sello que caracteriza al proyecto. Según sea la definición que se establezca en ella, veremos si hay o no hay Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Inicialmente, el artículo 3º constaba de un solo inciso, que señalaba que el Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud, y las prestaciones asociadas a ellas. ¿Qué pasa con las patologías no incluidas en las garantías explícitas? Si nos dicen que el auge es universal, integral, total y solidario, ello no se establece en el marco del texto taxativo de este artículo.

Entonces, la no discriminación de la que se nos habla pasa a ser discriminación, porque hay patologías no consideradas por las diferencias y exclusiones que se producen.

Hoy la salud es diferente en cuanto a su atención, oportunidad y financiamiento. También es incipiente, pese a los grandes esfuerzos y a los recursos que se inyectan para el efecto.

Entonces, en conjunto con el Ejecutivo y con todos los actores respectivos, tratamos de cambiar el esquema, de manera de materializar el mandato constitucional del derecho de atención de la salud, que hoy es meramente enunciativo y no se aplica a cabalidad.

El inciso segundo que se agrega al artículo 3º, aprobado por la Comisión Salud, con respecto a las prestaciones no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, sólo recoge en parte la inquietud que los miembros de la Comisión de Salud y los gremios expresamos al Ejecutivo.

Aprobamos la indicación del Ejecutivo, aunque el nivel de atención que se dará a las enfermedades excluidas del Auge no será el mismo que se entregará a las patologías priorizadas. No hay garantías explícitas.

El inciso primero del artículo 3º establece la obligación de priorizar enfermedades, condiciones de salud y las prestaciones asociadas a ellas, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad.

El inciso segundo no tiene las mismas características al señalar que el Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud. Agrega que el mismo ministerio tiene la obligación de velar por el derecho a la protección de la salud y al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y a la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, establece que es el ministerio el encargado de dictar normas e instrucciones para determinar procedimientos en relación con los tiempos de espera.

En verdad, queremos un compromiso -en el fondo existe- en el cual se defina que el tiempo máximo de espera en ningún caso podrá ser superior al actual, el que se irá acortando de acuerdo con las condiciones y recursos

DISCUSIÓN SALA

económicos del país.

Por tanto, sería mucho más de lo que hoy se entrega en salud. Nos tranquiliza en parte esta disposición, porque quienes la propusieron señalaron que el inciso busca avanzar hacia el acceso universal sin discriminación alguna, y que ello se desea hacer en forma responsable, sin ofrecer falsas expectativas a la población. Cuando no existen los recursos suficientes para garantizar el acceso universal y terminar con los problemas de las listas de espera, necesariamente se debe priorizar, sin dejar de hacer el esfuerzo para llegar a ese objetivo primario. En la actualidad no existen patologías priorizadas por mandato legal. Cuando este proyecto se transforme en ley, tendremos algo de lo que hoy carecemos.

El artículo 3º, aprobado por la Comisión, se complementa con lo señalado en los artículos 8º y 12, porque cada tres años el régimen de garantías será revisado por el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud. En ningún caso -y esto lo hicimos valer en la Comisión- se podrán limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. La revisión puede anticiparse en circunstancias calificadas, lo que nos asegura un sistema flexible de integración de nuevas patologías.

También es importante señalar que las modificaciones al Régimen se incorporarán en forma progresiva, por lo que las prioridades sanitarias irán en aumento y no decreciendo, es decir, a través del tiempo iremos potenciando, incrementando estas prioridades y garantías, espíritu que hicimos valer en la Comisión.

Esperamos que la universalidad, la integralidad y la no discriminación sean una realidad. Eso es lo que buscamos; creemos que hay voluntad de parte del Ejecutivo para ello.

El proyecto que determinará el financiamiento es vital, porque según los recursos que existan se irá accediendo a otras patologías que vayan apareciendo. Todo ello, sobre la base de la solidaridad, que es lo que buscamos.

Por lo tanto, creemos que el inciso segundo constituye un gran avance, pues establece una preocupación -tal vez, no la misma que se consigna para las enfermedades priorizadas-; pero el Estado entiende que también hay otras enfermedades, no incluidas en el Auge, sin prioridad, que necesitan atención y la oportunidad del financiamiento. En consecuencia, a pesar de no ser lo óptimo ni lo elemental, esta disposición es muy oportuna, razón por la cual la votaremos a favor.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Fulvio Rossi.

El señor **ROSSI**.- Señora Presidenta, quiero referirme brevemente a los artículos 3º, 14, 26 y 30.

En primer término, me parece que lo señalado por el diputado señor Forni puede llevar a error y a mayor confusión. Hay que recordar que las 56

DISCUSIÓN SALA

patologías incluidas y garantizadas en el Auge representan miles de prestaciones, más del 80 por ciento de las cargas por enfermedad y más del 55 por ciento de los egresos hospitalarios.

Por otro lado, pensar que un paciente grave no será atendido por una enfermedad no Auge, por tratar de priorizar las patologías sí incluidas en este sistema, implica no confiar en el criterio clínico con que siempre han operado y operarán los médicos del país. Eso es fundamental. Si llega un paciente con una enfermedad más grave que una patología Auge, sin duda primará el criterio clínico del equipo médico y será atendido.

En segundo término, respecto del artículo 14, deseo aclarar que una indicación presentada por la Alianza por Chile, de alguna forma hace que se termine la libre elección en el sector privado de salud, vale decir, la libre elección en la isapre, tema que debe preocupar mucho a los médicos, a lo que me sumo, porque el sistema de isapres nace precisamente como alternativa de libre elección. Al cambiar la palabra "deberán" por "podrán", se consagrará que las isapres no permitan a sus afiliados elegir entre las diversas alternativas. Por lo tanto, ahora se establece el sistema de salud administrada, el sistema de H.M.O., que ya fracasó en Estados Unidos.

El artículo 26 es de gran trascendencia. Espero que en el Senado no se modifique, porque establece un modelo basado en el fortalecimiento de la salud pública al consignar la imposibilidad de que exista subsidio a la demanda o portabilidad, pues los fondos fiscales no podrán ir a parar al sistema privado de salud -lo que es muy lógico, por lo demás, porque en el sector público es donde se atienden los indigentes, los adultos mayores y las personas más enfermas-. Sería bastante ilógico y poco real pensar que algún día las isapres concentrarán la población con mayor riesgo de enfermedad, porque eso no sería negocio. Todos tenemos claro que hoy es el sector público el que atiende al 90 por ciento de los dializados, casi el ciento por ciento de los pacientes con Sida y el 91 por ciento de los adultos mayores. Por lo demás, es el Estado el que pagará la diferencia entre la prima universal y la cotización de los afiliados o de los indigentes que no están aportando con fondo alguno para acceder al sistema de salud.

Respecto del artículo 30, he escuchado enarbolar muchas voces en defensa de la clase media, tratando de reivindicar el sentido original del subsidio maternal. Si queremos hacer una reforma solidaria, en la que se distribuyan los recursos según la posibilidad de enfermar, y que no ocurra lo que hoy, en que cada persona recibe una atención de acuerdo con su poder adquisitivo, es fundamental que el fondo maternal solidario quede establecido tal como figura en el proyecto. El sistema vigente permite que una mujer que gana el sueldo mínimo reciba de parte del Estado diez veces menos, por ejemplo, que una que percibe un millón de pesos. No existe un subsidio más mal focalizado, regresivo e injusto que el actual subsidio maternal. Por lo tanto, me alegro mucho de que hayamos incorporado el fondo maternal dentro del financiamiento solidario de la reforma, lo cual hace que también los hombres contribuyan a financiar la maternidad. Todos sabemos que los hijos son fruto de la unión de dos personas.

DISCUSIÓN SALA

Espero que la esencia del proyecto no se pierda ni desvirtúe en el Senado. Debemos tener muy claro que deseamos un modelo de salud basado en la atención primaria; en la promoción, en la prevención, en el fortalecimiento del sistema público, y en la regulación del sector privado. Consagremos de una vez por todas el término de la idea de incorporar subsidio a la demanda o portabilidad.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señora Presidenta, estamos discutiendo uno de los proyectos que pretende reformar la salud en Chile. Las leyes anteriores permanecieron vigentes cincuenta y treinta años, respectivamente. Lo menciono, porque se debe legislar con un sentido de permanencia, quizás para siempre, pensando en lo bueno y en acercarse a lo perfecto, aunque esto sea siempre muy difícil.

Es necesario aclarar que el Gobierno de la Concertación ha marcado con fuerza su franca mayoría en la Comisión de Salud, en la elaboración y discusión de éste y de todos los proyectos relacionados. Ha obligado a tratarlos y aprobarlos, incluso, con "suma urgencia". Esto, a lo menos, es una gran falta de responsabilidad. Una ley de salud, por su trascendencia, nunca se debiera tramitar con urgencia. Además, es una falta de respeto a la Cámara de Diputados, que muchos no han notado. No hay que confundir las lealtades con las responsabilidades.

El Gobierno de la Concertación asume el trámite legislativo como una mala y molesta obligación, confiando y abusando de sus ya largos doce años de mayoría en el Congreso. Ése es un error de concepto grave, que debe corregir con urgencia, siempre, no sólo ahora, obligado por las tristes circunstancias que vive Chile. Debe hacerse por la calidad y la transparencia legislativa.

Ése es el peligro de las grandes mayorías. Si no son sana e inteligentemente empleadas, con grandeza, con altura de miras, los mareos de la hegemonía terminan por dañar la democracia y la transparencia, al caerse en vicios, corrupción y abuso de poder.

La democracia no sólo debe ser un buen argumento para discursos, sino una buena manera de vivir en sociedad, con respeto por todas las personas y por la institucionalidad de la República. El país, la nación, es permanente; no sólo hoy y con nosotros, sino con todos y para todos.

Se ha escuchado a los diferentes gremios comprometidos e involucrados en las acciones de salud; pero no debe llamarnos la atención a quienes vivimos la salud y hemos participado en toda la discusión de estas iniciativas, que todos ellos estén en contra del proyecto, porque, aun cuando éste tiene aspectos positivos, adolece de muchas falencias. Cada gremio planteó sus aprensiones, pero sólo fueron escuchados por nosotros, los diputados de la Comisión de Salud. El Gobierno fue sordo y mantuvo, en lo posible y casi sin variaciones, lo que vino a aprobar a esta Corporación como un simple trámite

DISCUSIÓN SALA

burocrático. Por eso, los gremios levantan su voz, más allá de las posiciones políticas. Todos los gremios relacionados con la salud están dirigidos por directivas de la Concertación o de partidos de Izquierda, lo cual también debe llamar la atención, porque el tema está por sobre los intereses de grupos, no como ha querido presentarlo el Gobierno de la Concertación.

Señora Presidenta, por su intermedio quiero decir al ministro de Salud que los demás también pueden tener razón. La verdad se construye con las verdades de todos, no sólo con la suya. Cada uno de los diputados presentes representamos a mucha gente y, juntos, a toda la ciudadanía. Por eso es importante escucharlos a todos.

Al legislar hay que tener en cuenta, primero, lo trascendente; luego, lo menos importante y lo superfluo, porque lo circunstancial es pasajero. La elaboración de leyes es algo muy serio, pues de ellas dependen muchas personas, en especial los más humildes. Se debe legislar para siempre, no sólo para hoy y mañana, y menos para lo que nos conviene. Hay que legislar para siempre y para todos.

De nada valen leyes que sólo sirven para una fiesta de promulgación y que luego serán olvidadas por inútiles o insuficientes. Estos proyectos, que pretenden ser una reforma de la salud -sin lograrlo, para los que saben de salud-, tienen numerosos vacíos y olvidos. Pero aunque no los tuvieran, en democracia todos quieren y deben participar; no sólo ser entes pasivos y observadores de un Gobierno soberbio e inconsecuente con lo que predica. Ésa es la gran razón de la molestia de los gremios y de muchos parlamentarios - entre los que me cuento-, no sólo de la Oposición.

La bancada de Renovación Nacional será crítica y constructiva en la votación para deslindar responsabilidades y ser solidaria con tanta gente que quiso, sanamente, participar con su valiosa experiencia en la elaboración de este proyecto, pero que no fue escuchada -y la escuchada, no fue tomada en cuenta-.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señora Presidenta, a pesar de la urgencia otorgada a la tramitación de la iniciativa y de compartir varios de los conceptos de mi colega el diputado señor Palma, creo que estamos ante un esfuerzo real y serio por hacer una apuesta dentro del marco actual de los sistemas sanitarios chilenos, tanto público como privado, de fijar un marco de garantías respecto de enfermedades en un sistema de prioridades sanitarias. Creo que es perfectamente honesto y válido el esfuerzo realizado en ese sentido.

Dar garantías en el acceso, en la calidad, en la oportunidad y en la cobertura financiera a los chilenos es una apuesta importante que se ha planteado el Ejecutivo, la cual también ha sido recogida por todos los partidos representados en el Congreso Nacional. Compartimos que se trata de una apuesta importante, en la que tanto el sector público como el privado deberán hacer grandes adecuaciones.

DISCUSIÓN SALA

El proyecto no establece la priorización de las patologías, sino que ello se hará a través del Consejo Consultivo del Auge, importante cuerpo que estará conformado por nueve miembros. Al respecto, introdujimos una importante modificación, para que seis de ellos sean de instituciones académicas y científicas, a fin de que se tenga una representación adecuada y efectuar una ponderación respecto de los temas e importantes decisiones que deberá adoptar, las cuales están relacionadas, justamente, con la priorización de las patologías. Es decir, dicho Consejo deberá determinar, por orden, cuáles son las patologías que más matan y enferman a los chilenos, y, respecto de ellas, otorgar el esquema y marco de garantías.

Se ha establecido, en forma preliminar, que el Auge cubrirá 56 patologías, las que han sido determinadas por una oficina coordinadora del tema. Creo que el primer consejo que se instale tendrá la gran responsabilidad de establecer el mayor número de patologías posible, mientras que al Ejecutivo le corresponderá hacer un esfuerzo para financiarlas todas. Se ha señalado que sólo se dispondrá de 160 mil millones de pesos en el proyecto complementario de éste, sobre financiamiento.

Conuerdo en que se ha efectuado un esfuerzo para establecer que las patologías no cubiertas en un comienzo por el sistema de garantías, puedan tener, al menos, algunas alternativas de protección en la calidad y, en especial, en la oportunidad.

Entiendo que dentro del concepto de calidad para garantizar la atención de las patologías Auge, se incluirán todas las atenciones, porque resulta imposible preparar a la gente, a los establecimientos y a las instituciones de salud para que entreguen dos categorías distintas de calidad de atención médica. Eso no es moral ni ético. Por lo tanto, doy por descontado que la calidad será uniforme en todo el sistema sanitario chileno.

El artículo 3º del proyecto consagra un aspecto muy importante: la libertad de inscripción de todos los profesionales e instituciones, de tal manera que puedan acceder a otorgar las prestaciones que establece tanto el régimen de garantías como el de la ley N° 18.469, donde están contempladas todas las prestaciones de la modalidad de libre elección.

El artículo 14 establece la libertad de elección, principio que hemos defendido en forma tesonera en la Comisión de Salud. De manera que no se modificó lo que hoy establece el inciso cuarto del artículo 11 de la ley N° 18.469, en orden a disponer que todos los beneficiarios del sistema público de salud tengan la posibilidad de atenderse en cualquier establecimiento, dentro del cual pueden elegir al profesional. Esta disposición continúa vigente.

El artículo 14 también establece mayores instancias de libertad de elección en las patologías del Auge y la posibilidad de libre elección en el sistema privado.

El artículo 16, que se refiere al aporte fiscal, introduce un concepto de extraordinaria importancia, referido a la seguridad que tendrán los indigentes respecto del financiamiento del Régimen de Garantías en Salud. Dicha seguridad no sólo se establece para los indigentes, pues mediante indicaciones parlamentarias que fueron recogidas por el Ejecutivo, también se atenderá a

DISCUSIÓN SALA

las personas cuyas cotizaciones no alcancen a cubrir el valor total de la prima universal establecida en el proyecto.

Otro aspecto importante es la posibilidad que entrega el artículo 18 a los trabajadores independientes, de adscribirse a un régimen sanitario sin necesidad de ser cotizantes en un régimen previsional. Hoy, de acuerdo con la ley Nº 18.469, a las personas les resultaba imposible atenderse en el régimen que establece el Fondo Nacional de Salud.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- ¿Me permite, señor diputado? Ha terminado su tiempo.

El señor **CORNEJO**.- Por eso, debo señalar que éste es un avance sustantivo y fundamental.

Por último, las personas podrán exigir el cumplimiento de estas garantías a través de una institución que crea el proyecto: la Intendencia de Derechos del Régimen de Garantías en Salud. Si no reciben atención, esta institución podrá exigir al Fondo Nacional de Salud y a las instituciones de salud previsional que se la entreguen, de acuerdo a la calidad y oportunidad determinadas por el Consejo Consultivo.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, por tres minutos, el diputado señor Julio Dittborn.

El señor **DITTBORN**.- Señora Presidenta, en este breve tiempo sólo me referiré al artículo 26 del proyecto que nos ocupa, y quiero pedir el pronunciamiento de la Mesa sobre su admisibilidad. A mi juicio, es una materia que incide en la administración financiera del Estado. Como me parece que no se apega a la Constitución Política, hago reserva sobre su constitucionalidad.

Este artículo termina con el concepto del fondo de compensación al impedir el traspaso de recursos del sistema público al sistema privado, cuando haya personas de alto riesgo que elijan libremente el sistema privado. El Fondo de Compensación es, básicamente, solidario, y establece una prima universal única para la población de mayor riesgo, fundamentalmente según sexo y edad, la cual recibirá un subsidio del resto de los chilenos.

Lo que hace el artículo 26 es impedir, cuando una persona de alto riesgo decide libremente cambiarse al sistema privado porque considera que le ofrece una atención de mayor calidad, que los recursos que legítimamente le corresponden vayan a ese sistema que eligió. Es decir, destruye el concepto de fondo de compensación único y, por lo tanto, el concepto más importante del plan AUGE. De manera que es discriminatorio con las personas de alto riesgo que -repito- optan libremente por el sistema privado. En realidad, lo que hace este artículo es transformar el sistema privado de salud en elitista, al cual nunca podrán acceder las personas de más alto riesgo.

Por lo tanto, anuncio nuestro voto en contra de este artículo, y solicito el pronunciamiento de la Mesa sobre su constitucionalidad.

He dicho.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, por cinco minutos, la diputada señora María Antonieta Saa.

La señora **SAA** (doña María Antonieta).- Señora Presidenta, quiero referirme a los títulos IV y V, relativos al Fondo Maternal Solidario y al subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario, respectivamente.

Todas las sociedades protegen la maternidad. En nuestro país se protege en algunos aspectos; pero en otros, como lo he afirmado, se castiga. Es decir, en algunos casos, en Chile se penaliza el hecho de ser madre. Sin embargo, en relación con otros países, hemos establecido resguardos muy valiosos a la maternidad. Es así como las mujeres que trabajan fuera de sus casas y que tienen contratos laborales, gozan de permisos prenatal y posnatal, derechos que ya están instituidos, y que sería muy conveniente ampliarlos a seis meses, a fin de que los niños tengan un amamantamiento más prolongado, porque está probado científicamente que es algo muy importante. Pero, como digo, existe este permiso prenatal y posnatal, que beneficia a alrededor del 36 por ciento de las mujeres que trabajan.

Hace algún tiempo logramos que tanto ese derecho como el fuero maternal fueran recuperados por las mujeres que desempeñan trabajos domésticos, de los cuales habían sido despojadas durante el gobierno del señor Pinochet. De manera que las mujeres recuperaron, por ley, estos derechos, y el subsidio que percibe la mayoría de las mujeres que trabajan como asesoras del hogar.

Asimismo, con la restauración de la democracia se logró echar abajo la medida adoptada por el ex ministro Büchi, que consistía en calcular el subsidio maternal y disminuir el salario durante el prenatal y el posnatal. Esa medida fue muy dura, puesto que dejó desprotegida la maternidad.

Considero que debemos tomar conciencia de que la maternidad no es problema y responsabilidad sólo de las mujeres. Muchas veces, la sociedad entrega el cuidado de los niños exclusivamente a la mujer, la cual resulta perjudicada. Por eso, digo que en Chile se castiga la maternidad.

La propuesta del proyecto es muy interesante, porque hace responsable de la maternidad no sólo a las mujeres, sino que también a los hombres, a todos los que trabajan. También considero que la Constitución Política debería establecer que la maternidad y la crianza de los niños son responsabilidad de la sociedad, no sólo de la mujer.

De manera que hay un avance muy importante en el financiamiento del Fondo Maternal Solidario. ¿Qué pasa ahora? Que el Estado entrega este subsidio -no es histórico, porque en un comienzo lo pagaban las isapres- a las mujeres que tienen una remuneración superior a un millón de pesos, las cuales se llevan un enorme porcentaje del fondo de subsidios del Estado. Entonces, el Estado está financiando a unas pocas mujeres que se llevan un alto porcentaje del Fondo Maternal Solidario. El porcentaje de mujeres que ganan un millón de pesos es mínimo en relación con las demás mujeres que trabajan, pero se llevan la mejor parte de la "torta".

Estoy de acuerdo con que todas las mujeres conserven su remuneración,

DISCUSIÓN SALA

porque es un derecho. Entonces, ¿qué podemos hacer? Es injusto que el Estado subsidie a personas que ganan más de un millón de pesos; pero el derecho a conservar el sueldo es algo tremendamente importante. Por eso, la propuesta de que todos aporten el 0,6 por ciento para cumplir una tarea fundamental para el país, como es la crianza de los niños, es algo muy importante en cuanto a solidaridad y responsabilidad.

Por eso, no creo que los títulos IV y V atenten contra el subsidio; simplemente proponen un financiamiento distinto, que nos hace participar a todos -hombres y mujeres, aunque no sean padres o madres- solidariamente en un fondo que protege la maternidad. Y creo que deberíamos avanzar mucho más en la materia. En la actualidad, el fuero maternal y el prenatal y posnatal protegen la maternidad de las mujeres que tienen un contrato laboral, pero no ocurre lo mismo con las que no trabajan. En ese sentido, a futuro deberíamos estudiar la posibilidad de financiar, de aumentar el subsidio maternal para favorecer a las mujeres que no trabajan y que, muchas veces, enfrentan la maternidad en condiciones muy precarias.

Considero que el financiamiento solidario de la maternidad es de toda justicia y constituye un extraordinario avance a nivel mundial. Asimismo, creo que estamos avanzando en la tarea de convertir la crianza de los niños en una responsabilidad de todos, no sólo de las mujeres, y en la "despenalización" de la maternidad. Se celebra el "Día de la Madre", se dice que madre hay una sola y se llenan de alabanzas a las madres en algunas oportunidades; sin embargo, no se les ayuda ni se responsabiliza a toda la sociedad de la tarea fundamental que es la crianza de los niños.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señora Presidenta, hace un mes discutimos el primer informe de la Comisión de Salud sobre el proyecto que hoy tratamos en segundo trámite reglamentario.

En esa oportunidad expresamos nuestro apoyo a la iniciativa por considerar que apuntaba en la dirección correcta, al ofrecer a los chilenos un derecho establecido en la Constitución Política: la protección de la salud. Asimismo, manifestamos que la iniciativa, junto con otros instrumentos que conforman la reforma de la salud, aseguraba equidad, solidaridad, eficiencia y libertad de elección, elementos que deben estar presentes en cualquier sistema de salud moderno, capaz de responder a la demanda de una población que permanentemente expresa su insatisfacción.

Expresamos también que nos parecía injustificado -lamentablemente, seguimos pensando igual- oponerse a que las demandas de los chilenos insatisfechos sean respondidas en tiempos acotados, con prestaciones de calidad acreditada y con protección financiera segura. Es necesario priorizar un conjunto de enfermedades y condiciones que deben ser abordadas en forma promocional, preventiva, curativa, paliativa y de rehabilitación con recursos

DISCUSIÓN SALA

que siempre son limitados, no sólo en Chile, sino que en todo el mundo.

Pero, en esa oportunidad, también planteamos nuestras aprensiones en cuanto a que la única prioridad establecida hasta el momento no debió haberse materializado sin el aporte extraordinario de las respectivas sociedades científicas.

También expresamos nuestros temores frente a las limitaciones a algunas libertades de elección y a la falta de concordancia con ciertos aspectos de otro proyecto relacionado con los derechos y deberes de las personas. Y quiero detenerme un minuto en esta libertad de elección, lamentablemente utilizada como bandera de lucha por algunos grupos para oponerse al proyecto. Comparto esa inquietud, pero teniendo en consideración otros aspectos.

A mi juicio, no existe verdadera libertad de elección si cada chileno, pobre o rico, no tiene la posibilidad de elegir no sólo el sistema o subsistema público o privado en el cual decida atenderse, sino que también el profesional y el lugar de atención. Ésa es una verdadera libertad de elección, y a eso debemos apuntar.

Lamentablemente los artículos 17 y 26 de este proyecto, que hoy analizamos en segundo trámite reglamentario, prácticamente, le ponen una lápida a la posibilidad de portar el subsidio. La portabilidad del subsidio, que utilizamos no sólo los médicos, sino que también muchas otras personas, es, según mi opinión y la de algunos interesados y técnicos en la materia, la mejor manera de asegurar una verdadera libertad de elección. Así lo expresaron públicamente personajes de la talla de Juan Pablo Arellano y Álvaro García en el encuentro nacional sobre salud que se realizó hace un par de meses, ocasión en que se refirieron a la necesidad de establecer la portabilidad del subsidio. Pues bien, los artículos mencionados lo impiden y, por consiguiente, implican un atentado a la verdadera libertad de elección.

Como dije, la libertad de elección es enabrolada como bandera de lucha por algunos sectores. Pero yo pregunto, ¿cuándo ha existido libertad de elección en el sector público? Nunca, precisamente porque las personas no son dueñas del subsidio y no pueden hacer lo que desean; no se les reconoce la posibilidad de decidir dónde ni con quién atenderse. Nosotros confiamos en las personas y somos partidarios de que todos los chilenos tengan esa posibilidad.

Otras observaciones que planteamos cuando se discutió el primer informe están salvadas en gran medida en este segundo informe que analizamos, tal como consta en los artículos 3º, 9º, 13 y 14.

Pero, quiero referirme a algo que fue asumido prácticamente por todos los miembros de la Comisión de Salud en su oportunidad, relacionado con los instrumentos de fiscalización del régimen de garantías establecido en el proyecto original: la creación de dos entes diferentes, uno para el sector público y otro para el privado.

Parecía raro -por decir lo menos- o poco consecuente que para un mismo programa, para un régimen que garantizaba igualdad de oportunidades, de soluciones en el tiempo, de calidad de las prestaciones y de financiamiento, la instancia de fiscalización quedara entregada a dos equipos diferentes: uno para

DISCUSIÓN SALA

el sector público y otro para el privado.

Por eso, en la Comisión de Salud rechazamos prácticamente en forma unánime esa proposición, porque consideramos que dos equipos diferentes, ante un mismo instrumento legal, podrían tener criterios distintos. En esa oportunidad propusimos la existencia de una sola instancia que, bajo la forma de una superintendencia de salud, se encargara de supervigilar y de controlar al Fonasa y a las instituciones de salud previsional en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas.

Como era de esperar, la indicación fue declarada inadmisibile, pero hicimos entrega de ella al ministro para que fuera considerada por el Ejecutivo en el ámbito de sus atribuciones legislativas, y hoy podemos ver con satisfacción que nuestras aprensiones por la existencia de dos entes destinados a supervigilar y controlar un solo régimen han quedado salvadas. El hecho de que el Título VI establezca la existencia de una superintendencia de salud para que supervigile y controle al Fonasa y a las isapres en el cumplimiento de lo que se establece en el régimen especial, satisface en gran medida nuestra principal aprensión. El texto presentado por el Ejecutivo y que aprobamos en la Comisión no es exactamente igual a nuestra indicación, pero creemos que es importante que exista un ente que, estoy seguro, sea el articulador de lo que todo Chile espera: que los subsistemas público y privado actúen en conjunto, que tengan intereses mancomunados, de manera que realmente se complementen y no que se resten o compitan. El concepto de articulación que hoy signifique la existencia de una superintendencia relacionada con el régimen de garantías y, mañana, con todas las acciones de salud en Chile, es un aporte que hemos hecho los parlamentarios al proyecto original del Ejecutivo que apunta, precisamente, al perfeccionamiento de este instrumento legal.

Espero que el instrumento que estamos analizando, sumado al proyecto sobre autoridad sanitaria y gestión, hoy en el Senado, sean usados eficientemente. Asimismo, confiamos en que las auditorías solicitadas por la Cámara en diferentes servicios de salud, como elemento por considerar cuando nos preocupemos del financiamiento del plan AUGE, demuestren claramente cómo se usan los recursos humanos, materiales y económicos en cada servicio de salud y en cada hospital del país.

Es posible que en esta materia existan algunas diferencias -en el fondo, todos estamos de acuerdo, porque el proyecto apunta en el sentido correcto-, pero nuestra posición quedará reflejada en la votación de cada artículo.

Termino llamando la atención en cuanto a que no es posible perfeccionar el sistema de salud existente ni hablar de una reforma exitosa, si no se contrae un verdadero compromiso y no hay un cambio de actitud de todos los actores preocupados de perfeccionar un sistema que es orgullo para nosotros en América Latina, perfeccionamiento que es indispensable para lograr lo que todos deseamos: una salud cada vez mejor para cada uno de los chilenos.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, por cinco minutos, el diputado Marcelo Forni.

DISCUSIÓN SALA

El señor **FORNI.**- Señora Presidenta, si hay algo relacionado con el plan Auge que la gente entiende es que fija un Régimen de Garantías en Salud para la atención de determinadas patologías -en este caso, 56- y establece un nivel de acceso de calidad, oportunidad y protección financiera respecto de ellas.

Por eso, a los diputados de la Alianza por Chile y a algunos parlamentarios de la Concertación que integramos la Comisión de Salud nos preocupa que el proyecto no contenga mecanismos efectivos que permitan llevar a la práctica tales garantías.

Cuando hablamos de garantías, lo que las distingue verdaderamente es la posibilidad de que los derechos que contempla la ley se puedan hacer efectivos de manera flexible, automática y sin costo. Por lo mismo, resulta preocupante que el proyecto del Ejecutivo no contenga ninguna norma que permita a los chilenos hacer efectivas esas garantías, situación que, inevitablemente, conducirá a judicializar el Auge, porque las personas que tengan alguna de las 56 patologías consignadas en el proyecto y que no sean atendidas deberán, necesariamente, hacer uso del recurso de protección o de las demandas judiciales.

Por eso, en conjunto con parlamentarios de la Concertación presentamos una indicación para agregar un artículo 14 bis, nuevo, que establecía algo muy sencillo: un bono automático, de manera que la persona que no sea atendida en la oportunidad o con la calidad que el proyecto garantiza, con la sola emisión de ese bono pueda recurrir a otro prestador -obviamente, que forme parte de la red o que tenga convenio- para hacer efectiva la garantía.

Lamentablemente, la incorporación de este bono -hace algunos meses se lo planteamos personalmente con el diputado Masferrer al ministro de Salud- quedó sólo en una buena idea, porque la indicación fue declarada inadmisibles. Pero el Ejecutivo mostró flexibilidad en ese punto al darse cuenta del problema y se comprometió a acogerla. Por desgracia, la propuesta del Ejecutivo en este segundo trámite reglamentario no es suficiente; es un avance, pero no una solución real al problema.

Pero ¿por qué mantenemos nuestra preocupación? Porque respecto de esta materia, el Ejecutivo propone que este mecanismo que permite hacer efectiva la garantía debe estar establecido en un reglamento. De manera que, lamentablemente, el propio Ejecutivo, que otorga la garantía, será el encargado de elaborar el reglamento que contenga los mecanismos que permitan hacerla efectiva. Nos da la impresión de que estamos en presencia de una situación en que el Estado será juez y parte, porque, de no cumplirse alguna de las garantías que se compromete a otorgar, será él mismo el que deberá resolver el problema. Si existe verdadera disposición del Gobierno de cumplir con estas garantías, no debe temer establecer mecanismos expeditos para hacerlas efectivas.

Por lo tanto, esperamos que, en el segundo trámite constitucional, en el Senado, el Ejecutivo tenga mayor flexibilidad y recoja la preocupación de los parlamentarios y establezca en definitiva este bono automático.

Pero hay un segundo tema que nos preocupa a los diputados de la UDI

DISCUSIÓN SALA

que dice relación con el Fondo Maternal Solidario. El artículo 30 no es preciso en su redacción y, por lo tanto, no queda claro si dicho fondo se constituirá con el aporte del 0,6 por ciento a que se refiere la letra a) de este artículo, del 7 por ciento que los chilenos cotizan, o si se trata de un 0,6 por ciento adicional a la cotización que todos los chilenos debemos hacer mensualmente. En mi opinión, en uno u otro caso, estamos hablando de una iniciativa inconstitucional.

En el primer caso, es decir, si se trata de un 0,6 por ciento del 7 por ciento que ya cotizamos, se estaría afectando el derecho de propiedad de cada chileno y chilena que actualmente debe cotizar.

En el segundo caso, si se tratara de un 0,6 por ciento, parte del 7 por ciento -para cambiar la cotización original habría sido necesario modificar el decreto ley N° 3.500 que, en este caso, no se toca-, se estaría infringiendo el artículo 19, número 20, inciso tercero, de la Constitución Política, que establece: "Los tributos que se recauden, cualquiera sea su naturaleza ingresarán al patrimonio de la Nación y no podrán estar afectos a un destino determinado".

Por eso, respecto del artículo 30, letra a), dejo planteada la correspondiente reserva de constitucionalidad.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por cinco minutos, el diputado Camilo Escalona.

El señor **ESCALONA**.- Señora Presidenta, considero muy importante que en las circunstancias que vive el país la Cámara de Diputados esté aprobando en particular este proyecto, por cuanto significa un esfuerzo de todas las fuerzas políticas, con el propósito de responder en forma adecuada a la pérdida de su prestigio y el de las instituciones democráticas, que se ha producido en contra de nuestra voluntad en el transcurso de las últimas semanas.

De la agenda social, en particular, sacar adelante la reforma de salud, con el respaldo y aporte de todas las fuerzas políticas, posiblemente sea una de las mejores respuestas a ese proceso cultural que, más allá de la política, está envolviendo a las instituciones nacionales.

En concreto, quiero opinar sobre tres puntos. Primero, el régimen de garantías. Según los especialistas, abarca más de las tres cuartas partes de los problemas de salud que tiene el país. Tal vez, se ha producido una dificultad comunicacional, por cuanto las tres cuartas partes de los problemas sanitarios -incluso algunos especialistas han llegado a afirmar que se trata del 80 por ciento de los actuales requerimientos- significan varios miles de prestaciones. Pero ha habido una distorsión o presentación interesada, con el propósito de quitar legitimidad al esfuerzo que lleva adelante el país y que compromete especialmente al Presidente Ricardo Lagos, y por otra parte, de disminuir su impacto.

Uno de los aspectos que se ha planteado como claramente deficitario es el relacionado con las llamadas enfermedades no AUGE. Resulta evidente que el

DISCUSIÓN SALA

impacto que significa este régimen de garantías, que atenderá con plazos legalmente establecidos y con un financiamiento nuevo contemplado en el proyecto respectivo, será de tal naturaleza que no sólo habrá que tomar en cuenta que la redacción de la próxima ley garantiza que todas las enfermedades del país sean atendidas en las mismas condiciones que existen hoy, sino que, además, sobre el otro 75 por ciento, permitirá agilizar, sin duda, la atención de las enfermedades no AUGE. Es decir, se garantiza que se atenderán de acuerdo con la situación actual, pero el impacto del AUGE acelerará y mejorará el sistema. En consecuencia, no debiese haber ningún tipo de preocupación.

En particular, me afecta bastante que los médicos, a través del Colegio Médico, que son los llamados a participar con más entusiasmo en esta reforma, hayan presentado una crítica que no tiene fundamento técnico.

En segundo lugar, las disposiciones relacionadas con el fondo maternal solidario son inequívocas en su redacción. En ese sentido, la letra a) del artículo 30, a la cual el diputado señor Forni aludió en su intervención, es sumamente clara al referirse al 0,6 por ciento de las remuneraciones, rentas y pensiones imposables de sus respectivos afiliados. Es decir, la redacción es bien clara y no admite ningún tipo de error, en el sentido de que no es una nueva contribución.

En consecuencia, no corresponde seguir sembrando la duda sobre la materia, que garantiza la existencia de un fondo maternal solidario, pero que evita que se establezca un subsidio cruzado que favorezca a las familias de mayores ingresos, concretamente a las que están muy por encima -diez o más veces- del ingreso mínimo.

Finalmente, el propósito de la reforma es asegurar la atención a los que menos tienen. Desde ese punto de vista, así lo exigen las disposiciones. En tal sentido, la crítica que hace el diputado señor Bayo, en cuanto a que se estaría afectando la libertad de las personas de atenderse con quien estimen conveniente, no resulta válida, porque la disyuntiva es no tener atención. Se garantiza que todas las personas tengan atención y para eso se requiere un sistema cuyo centro de gravedad sea la equidad. En consecuencia, los que tienen más deben aportar solidariamente y contribuir a financiar la salud de los que tienen menos, pero se debe impedir que los que tienen menos, paradójicamente, aporten a la salud de los que tienen más.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor José Miguel Ortiz.

El señor **ORTIZ**.- Señora Presidenta, el proyecto establece un Régimen de Garantías en Salud y estoy convencido de que es tremendamente oportuno, dado que nuestros conciudadanos exigen, y con justa razón, que en el inicio del tercer milenio y de cara al bicentenario de Chile se les otorguen y respeten los derechos en materia de educación, salud, justicia y calidad de vida. El Estado ya ha respondido en algunos de estos ámbitos, pero en salud aún tiene

DISCUSIÓN SALA

una deuda pendiente.

En este campo, la situación nos preocupa, porque, sin entrar en detalles, basta con recordar la gran desigualdad que existe en el acceso a la salud de aquellos que estamos en Fonasa y de quienes cotizan en alguna isapre; la diferencia entre quienes viven en Santiago y los que residimos fuera de la capital, en mi caso en la Región del Biobío, como mis conciudadanos de Chiguayante y San Pedro de la Paz. En una perspectiva de más largo plazo, basta proyectar los grandes desafíos que el envejecimiento de la población y las enfermedades que están apareciendo traerán sobre el sistema de salud.

¿Por qué digo esto? Porque con este proyecto se propone que el Régimen de Garantías en Salud se convierta en el gran referente de equidad y eficacia para todos los chilenos, estemos en Fonasa o isapre, vivamos en regiones o en Santiago; sean niños, jóvenes o adultos mayores. En definitiva, se pone a consideración del Congreso una gran idea: que todas las chilenas y chilenos tengamos el mismo derecho efectivo a la salud, según lo dispone nuestra Constitución.

El régimen de garantías o Auge, como se le ha conocido, consiste en un conjunto de patologías o enfermedades de alta trascendencia para nuestra población, en términos de expectativa o de calidad de vida, cuyo tratamiento tiene garantizado el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera.

Es una gran promesa la que estamos haciendo. A veces nos asusta y surgen muchas preguntas. Por eso, quiero formular algunas y dar posibles respuestas. Primero, ¿quién construye el régimen? El proyecto indica que el Ministerio de Salud propone el Auge a un consejo constituido por personas y organizaciones de reconocida idoneidad técnica y que, una vez que éste lo revisa, contrasta y evalúa, lo propone al Presidente para que se transforme en decreto supremo. O sea, sobre la base de antecedentes técnicos se realiza un proceso participativo y transparente de jerarquización de garantía de atención en salud para todos los chilenos.

Segundo, ¿quién entrega el Auge y a quiénes? El Fonasa y las isapres son las instituciones obligadas a entregar el régimen a todos sus beneficiarios, entre los cuales y tal como lo plantea el proyecto, se consideran los independientes, es decir, aquellos con rentas provenientes del trabajo autónomo y que no estaban obligados a cotizar.

Ahora bien, ¿cómo se entrega este régimen garantizado llamado Auge? ¿Cambian los hospitales o la modalidad de libre elección en Fonasa y las isapres? Se trata de un tema que ha sido motivo de alta polémica, en especial entre el Colegio Médico y el Ministerio de Salud.

En consideración a los problemas que existen en los hospitales y en la atención primaria de salud, se ha propuesto la instauración de un nuevo modelo de atención, en el cual las personas recibirán, primero, atenciones médicas en establecimientos cercanos de atención primaria o similares, desde donde serán derivadas, con la oportunidad que corresponda, a los hospitales o centros médicos de mayor complejidad. En definitiva, se propone una atención ordenada y eficiente.

DISCUSIÓN SALA

En relación con esta materia, rindo un homenaje a todos los funcionarios y profesionales del hospital clínico regional de Concepción, quienes han demostrado eficiencia y efectividad, lo que ha sido reconocido por el Ministerio de Salud respecto de la gestión cumplida durante 2002.

En respuesta a las inquietudes de la población y de los médicos, el proyecto señala en su artículo 14 que la libre elección permanece. Mejor aún, se han buscado maneras para que puedan acceder a ella tanto los beneficiarios de Fonasa como los de las isapres, y se ha establecido la manera de coordinar esa modalidad con el régimen, en la medida en que se cumplan con las normas del Auge y se cuenten con los recursos para ello.

El proyecto avanza y resuelve los problemas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de manera honesta y transparente, razón por la cual votaremos favorablemente su articulado, tal como lo hicimos ayer en la Comisión de Hacienda.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por tres minutos, el diputado señor Rodrigo Álvarez.

El señor **ÁLVAREZ**.- Señora Presidenta, diputados de mi bancada ya se han referido a esta iniciativa desde los puntos de vista médico y financiero. Mi intervención se limitará a anunciar la reserva de constitucionalidad respecto del artículo 30, en especial en cuanto a la composición de uno de los aportes al fondo maternal solidario.

En la Comisión de Hacienda sostuvimos una extensa discusión, cuyo texto, eventualmente, será utilizado en el requerimiento de constitucionalidad, por cuanto, en la práctica, se establece un tributo. Los asesores del Ministerio de Salud no fueron capaces de definir el tipo de ingreso relacionado con esta materia. En este caso, se trata de un ingreso de carácter público o tributo que, además, se cobra sin entregar ningún tipo de prestación correlativa y hecho efectivo de manera indirecta a través de la isapre, lo que afecta directamente a los cotizantes del sistema.

Por esa razón y porque el precepto vulnera disposiciones claras en materia constitucional tributaria, en nombre de mi bancada anuncio reserva de constitucionalidad respecto de los artículos 30 y siguientes, en lo relativo a la forma financiera establecida por la iniciativa en la composición del Fondo Maternal Solidario.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por 10 minutos, el diputado señor Guido Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señora Presidenta, la bancada del PPD y, en general, todos los parlamentarios, concordamos en que la reforma en debate es quizá la más trascendente que, desde el punto de vista social, tendremos oportunidad de discutir en esta década.

La reforma de la salud es imprescindible, por cuanto no sólo se hace

DISCUSIÓN SALA

cargo de establecer nuevas modalidades e instrumentos, sino que produce un giro copernical en la materia, pues asume que en la sociedad chilena se han provocado cambios en los perfiles epidemiológicos, en las expectativas de las personas y en los problemas de salud. En ese sentido, debemos adecuar el Estado y el conjunto de instituciones que enfrentan los problemas de salud a fin de que sean capaces de cumplir nuevas misiones y objetivos.

La reforma de la salud no se limita al proyecto Auge, idea que ha permanecido en el tiempo debido a falta de información y a la estrechez del debate sobre la materia. Tal vez, el plan Auge es lo menos trascendente de la reforma de salud. Por sobre el enfoque curativo, es necesario anteponer el preventivo y el de promoción. En esa línea, es más importante que una sociedad se dedique a mantener una población sana que a tratar enfermos.

Con todo, existen deficiencias. De hecho, continuamos elaborando reformas entre expertos o parlamentarios reunidos entre cuatro paredes. En tal sentido, esta reforma, como sucede en todos los países del planeta, no se ha llevado adelante en sintonía con lo que la gente quiere. En otros lugares, donde sí existen legislaturas modernas, los parlamentos convocan a los ciudadanos a legislar. Allí, los marcos regulatorios recogen la opinión de la ciudadanía y ésta señala las materias que está dispuesta a aceptar. Es más, la ciudadanía tiene derecho a veto.

Si bien es cierto que hemos dado un paso importante desde el punto de vista de los desafíos futuros, esta reforma, desde las perspectiva del procedimiento, es insuficiente y da cuenta de que cuando se habla de modernización del Estado, ello involucra todos sus aspectos, incluidos a quienes impulsamos propuestas legislativas. El punto es cómo somos capaces de construir políticas públicas a través de la promulgación de leyes, sin que ocurra lo que he señalado, esto es, no considerar adecuadamente el interés ciudadano. En ese sentido, el Auge apunta a más democracia, por cuanto ese instrumento establece más derechos exigibles.

Por primera vez la gente sabrá lo que le corresponde en materia de salud. Es verdad que existen derechos que están escritos, pero ellos no tienen ningún valor si la ciudadanía no los conoce. Por otro lado, puede suceder que una persona conozca sus derechos, pero puede ser discriminada por falta de recursos u otro tipo de razones. Repito: hoy existen derechos exigibles. El hecho de que se sancione su no cumplimiento por parte del Estado o las isapres, permitirá, por primera vez, que la gente ejerza sus derechos en forma democrática. De ese modo, las personas sabrán que tienen derecho a acceso y a oportunidad, lo que es muy importante, por cuanto, respecto de determinadas patologías, se normará el tiempo máximo que debe transcurrir entre el instante en que el paciente efectúa la consulta y el momento en que es atendido. En algunos casos, ese tiempo ha sido fijado en un mes. Si no se respeta ese plazo, las personas tendrán la posibilidad, incluso, de interponer acciones legales.

Por otra parte, habrá garantía de calidad. En la actualidad, los pacientes que concurren a los hospitales escuchan con mucha tranquilidad que no existe determinada tecnología o medicamento. Ahora, existirán protocolos que

DISCUSIÓN SALA

establecerán con claridad los fármacos e instrumentos diagnósticos que están a disposición en relación con cada patología. Asimismo, existirá una garantía financiera que establecerá criterios para quienes carecen de recursos.

El proyecto está animado por un sentido de equidad, por cuanto al resolver problemas de salud es como si entregara dinero para el bolsillo de la gente. Dicho de otro modo, si las personas no resuelven sus problemas de salud, deberán desembolsar dinero de sus bolsillos. En tal sentido, este instrumento es parangonable a la educación, pues ambos permiten a las personas construir capacidades y habilidades para enfrentar la inequidad.

El instrumento en debate resuelve dos problemas: en el sistema público, el de oportunidad, por cuanto ataca el inconveniente generado por las listas de espera y la postergación que provocan las "colas", y en el sistema de salud privado, el generado por situaciones que son denigrantes: me refiero a las discriminaciones por sexo, edad y situación económica.

A partir de esta reforma, se han elaborado instrumentos absolutamente novedosos, como los fondos de compensación. Ellos impiden que las isapres, por razones económicas, intenten seleccionar riesgos que le convienen y dejar fuera los que no le son propicios. En la actualidad, las isapres, de manera vergonzosa, discriminan a las mujeres y no les gusta acoger a personas de edad porque ello implica mayores costos y, evidentemente, discriminan a los que tienen una enfermedad previa.

Los fondos no resuelven todos los problemas y debieran tener una compensación por razones socioeconómicas, al igual que el que tiene un basurero frente a la casa, posee poco patio, vive en hacinamiento o sufre patologías. Por lo menos, el maternal compensará dos factores fundamentales. Hoy, la isapre a una mujer en edad fértil le puede cobrar cuatro o cinco veces más que a un hombre de la misma edad sólo para dejarla fuera. Por lo tanto, representa la posibilidad de terminar con discriminaciones por edad, ya que una persona anciana, que ha luchado toda su vida, puede tener un costo diez veces mayor que una persona joven.

Además, se introduce un instrumento de equidad porque hemos establecido límites. Hemos establecido claramente algo que nos parece de principio y que a veces no se ha entendido: nunca se podrán traspasar recursos fiscales del sistema público a las isapres en la búsqueda de establecer compensaciones, porque ahí sí que se atentaría contra la equidad. A través de indicaciones, los parlamentarios nos hemos preocupado de establecerlo.

También quiero señalar que para las patologías no AUGE, tema que se ha debatido bastante, es muy importante que se haya establecido que al menos tendrán algunas garantías. Si bien no tendrán la modalidad de garantía de oportunidad como la tienen las otras, se regularán las listas de espera, pero habrá garantías de calidad, de acceso y de financiamiento. Es decir, cuando la persona logra ser atendida porque cumplió con este nuevo orden de lista de espera, el día que sea atendida tendrán que existir protocolos claros y deberán hacerle los diagnósticos, suministrarle los medicamentos y aplicarle las terapias que correspondan, con la debida garantía financiera.

Asimismo es importante asumir que hay un aporte fiscal explícito para el

DISCUSIÓN SALA

imponente que está en el Fonasa y no logra cubrir con el 7 por ciento el costo de una prima universal para él y sus cargas. Es un mínimo razonable y suficiente, que es lo que cuesta el plan Auge, y habrá recursos del Estado.

Quiero repetir una aprensión. Si bien comparto este proyecto, creo que debiéramos dedicarle más recursos fiscales, porque 150 mil millones de pesos son insuficientes para llevar a cabo la reforma como la queremos. Quiero advertir que luego vamos a estar discutiendo la necesidad de aumentar los recursos.

El debate de la libre elección es legítimo, pero quiero ponerlo en el ámbito del sistema público, porque hay diferencias incluso en las bancadas.

A pesar de ser médico, hijo de médico, nieto de médico y partidario del ejercicio liberal de la profesión, no estoy de acuerdo con el cómo se concibe hoy el sistema de libre elección.

El sistema de libre elección es una forma de subsidio a la demanda y se lleva 200 mil millones de pesos para que las personas puedan vitrinear y contratar los servicios del médico que quieran fuera del sistema público de salud. Se pierde la capacidad de cohesionar políticas e instrumentos porque el médico no actúa de manera relacionada y sistémica con los otros médicos y con el sistema. Preferiría que esos 200 mil millones de pesos se quedaran en el sistema público para fortalecer los hospitales y los consultorios. Es un tema que vamos a tener que seguir discutiendo.

Por último, quiero referirme a un tema fundamental. Sé que a la Derecha le cuesta a veces aceptar la innovación y los desafíos del futuro. Yo no creo que sea malo el acuerdo en cuanto al subsidio maternal. No puede ser que en Chile se entreguen 60 mil millones de pesos a los sectores de más altos ingresos. En los otros subsidios, normalmente, el 73 por ciento va al 40 por ciento de la población más pobre, pero cuando se trata del subsidio maternal, lamentablemente, sólo el 9 por ciento de los recursos va al 40 por ciento de los más pobres. ¿Qué quiere decir eso? Que el 80 por ciento de los recursos del subsidio maternal -60 mil millones de pesos- va al 40 por ciento más rico del país y el otro 20 por ciento al 60 por ciento de todos los chilenos.

¿Por qué el 20 por ciento para el 60 por ciento más pobre y el 80 por ciento para el 20 por ciento más rico? Ésas son las contradicciones que un sector del país, que dice que le interesa la pobreza y la equidad, tiene que responder y aclarar.

Por eso, nosotros no vamos a buscar subterfugios como los temas constitucionales, sino que en pos de la equidad, como lo hemos hecho siempre, vamos a apoyar la existencia de este mecanismo para financiar el plan Auge.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por cinco minutos, la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, aunque ya estamos discutiendo el proyecto en particular, todavía me asalta una duda respecto de su efectividad y, al respecto, no puede desconocerse la gran preocupación de los médicos, manifestada especialmente a través del Colegio

DISCUSIÓN SALA

Médico.

Por ejemplo, en el artículo 3º se dispone que se establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones asociadas a ellas, pero, a continuación, se legalizan las listas de espera, al decir que se deberán "determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presente, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate".

Todos sabemos que muchos establecimientos asistenciales no van a tener las posibilidades de atender enfermedades consideradas en el plan Auge y a ellos concurren especialmente las personas más pobres. Por lo tanto, el proyecto no resuelve los problemas de atención de los chilenos por enfermedades no consideradas en la lista de prioridades y se producirá, en consecuencia, una discriminación. Habrá pacientes de primera y de segunda, y eso no es bueno.

Nuestro partido había propuesto un bono para garantizar la atención médica que propone el Auge, pero no fue acogido, a pesar de que hubo un acercamiento, como lo expuso ampliamente el diputado señor Forni. Es muy lamentable.

Me preocupa lo que he planteado hasta el cansancio: que los establecimientos del sector público no van a estar preparados para hacer efectivo el plan Auge y el proyecto no resolverá el problema.

Además, que no estén incluidas algunas patologías, como por ejemplo, la cirrosis del hígado, cáncer del esófago, cáncer de colon, cáncer de páncreas, infecciones urinarias, tumores malignos del hígado, insuficiencia cardíaca congestiva, entre tantas otras, complica aún más las cosas.

Por último, el artículo 12 dispone que "El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años,...". Esto es bastante complicado porque producirá rigidez en el sistema y, obviamente, el costo de atención va a ser más alto. Se asume que año a año los aranceles van a aumentar en un 7 por ciento. Por lo tanto, en tres años habría un aumento de un 21 por ciento en el arancel de las enfermedades garantizadas, que, sin duda, va a ser cobrado con antelación.

Quiero rescatar como positivo en relación con el consejo consultivo, que va a ser el encargado de determinar las enfermedades que va a considerar el Auge, el hecho de que se haya acogido una indicación nuestra al artículo 8º para que dos decanos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado sean parte de él, además de dos decanos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado o sus representantes.

Gracias a ella, tendrán representación las universidades. Es un hecho insólito que no se hubiera considerado.

A propósito, hemos propuesto una indicación para que aun cuando hoy se apruebe en particular el proyecto, se escuche a esas instancias que, hasta ahora, aparentemente, no han tenido la consideración debida, en su opinión y propuestas, para hacer más eficiente y efectiva la reforma de la salud.

DISCUSIÓN SALA

Por último, me parece preocupante que, a estas alturas, el Auge aún no incluya lo sustancial, cual es, lo que se va a atender y lo que no se va a atender.

El diputado que me precedió en el uso de la palabra se refirió a las garantías financieras del proyecto y es bastante grave que hoy, cuando está por aprobarse, todavía no esté claro de dónde se obtendrán los 150 mil millones de pesos que se requieren. Por lo tanto, nuevamente legislamos sobre un proyecto que no tiene financiamiento.

Parte de las propuestas fueron analizadas en la Comisión y existe bastante preocupación entre parlamentarios de distintas bancadas respecto a su efectividad. Lo mismo sucede con el proyecto Chile Solidario, en que primero se estudia en detalle y después se ve su financiamiento.

Es necesario corregir esto, porque, además, por nuestra forma de legislar, estamos cayendo en una inconstitucionalidad que no me parece menor.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por 5 minutos, el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señora Presidenta, la política es el arte de lo posible, y en ese sentido entiendo el proyecto que estamos discutiendo.

En lo particular, me habría gustado más un proyecto que fuese en la dirección de un Estado solidario, en el cual todas las personas con recursos colaborasen para un fondo común, el que, posteriormente, el Estado repartiría entre todos los ciudadanos con el fin de entregarles una atención integral de salud. Sin embargo, éste es un avance y, como tal, debe ser visto.

En ese sentido, deseo pedir, a través de esta tribuna, que cuando se elabore el primer régimen de garantías, el Ministerio preste particular importancia a la asignación de recursos para resolver problemas relacionados con la prevención y la promoción, especialmente de la atención primaria. Los problemas Auge que se determinen en dicho régimen van a ser vitales para la población.

En cuanto al Fondo de Compensación, si bien la edad y el sexo están incorporados, no lo está en forma clara y fehaciente desde el punto de vista económico de las personas.

Por lo tanto, nos parece sumamente relevante el artículo 26 que la Comisión de Salud incluyó en el proyecto en el sentido de que de ninguna manera se podrán traspasar recursos desde el Fonasa, o desde sus afiliados, hacia las isapres, o hacia sus afiliados.

En relación con la Superintendencia de Salud que se crea, un tema no menor es el hecho de que se le entregan facultades para el control y supervisión del Fonasa sólo en lo que respecta al régimen de garantías. Nos parece que dicha Superintendencia debiera abocarse al control y supervisión del Fonasa en todas las prestaciones que ese organismo debe dar a sus beneficiarios.

DISCUSIÓN SALA

En consecuencia, aquí se segrega la supervisión y el control respecto de sólo una parte de los beneficiarios del Fonasa.

También queremos dejar claro que, si bien es cierto que consideramos un gran avance la propuesta del Ministerio de Salud en términos de cautelar los problemas que no estén incorporados en el régimen de garantías - enfermedades no AUGE-, de contar con normas precisas sobre todo lo que respecta a las listas de espera y problemas sanitarios, no es menos cierto que esperamos que haya cautela también en términos de que el administrador garantice a todas las personas que van a ser atendidas -en la misma forma que hoy, por lo menos, lo hace el Estado-, cualquiera sea el problema de salud que las aqueje.

Asimismo, nos parece un avance el articulado en relación con la posibilidad que tendrán las personas de elegir a su prestador al interior del establecimiento público. Creemos que si las condiciones están, una persona de escasos recursos debe elegir al médico o al funcionario que quiere que la atienda. Ésa es una condición básica de nuestras personas.

Por último, es muy importante que el Ministerio de Salud, en la elaboración del régimen de garantías, estimule el hecho de que los especialistas, sobre todo los básicos, puedan atender a la población cerca del lugar donde vive, es decir, en los consultorios. En el proyecto de gestión se incorporaron artículos con ese fin.

Por ejemplo, en regiones, puertos como Caldera, que represento, no tienen especialistas; no hay pediatras, internistas ni obstetras. En consecuencia, la población no tiene posibilidad -como las personas de mayores recursos- de ser atendida por especialistas en la materia. Hay que apuntar a aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria en todos los lugares de Chile.

Con este proyecto se avanza en el sistema de salud chileno. Al entregar garantías explícitas, los ciudadanos harán valer sus derechos con mayor razón, con mayor propiedad que hoy. Es muy importante el hecho de que no se judicialicen los problemas de salud y la posibilidad de hacer valer las garantías sobre éstos debiera solucionarlos en el corto plazo.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra, hasta por 3 minutos, el diputado Gonzalo Ibáñez.

El señor **IBÁÑEZ** (don Gonzalo).- Señora Presidenta, antes de intentar pasar de un sistema público de salud, cuya misión es atender integralmente a toda la población del país, o a una parte muy importante de ella, en todas las patologías que eventualmente pueda presentar, al sistema que propone este proyecto, que privilegia a sólo 56 patologías, digamos la verdad: el sistema público de salud se encuentra en estado de profunda y total quiebra. A mi juicio, el proyecto constituye, antes que todo y por sobre todo, la confesión de que, a pesar de los constantes aumentos de los presupuestos de salud, año a año, el sistema público no se la puede con la salud del país. Es el

DISCUSIÓN SALA

reconocimiento de un hecho que ha estado a la vista desde hace mucho tiempo y que lo hemos hecho notar en forma constante.

Por eso, quiero manifestar mi tremenda duda acerca de que el Estado, a pesar de las inyecciones de nuevos recursos que el proyecto contempla, pueda hacerse cargo de las 56 enfermedades.

Desde luego -se ha dicho muchas veces-, las personas que tengan patologías que no estén comprendidas entre las 56, quedarán fuera y tratarán de incluirse en el programa estirando las definiciones de las patologías que éste cubrirá.

De todas formas vamos a llegar, a muy poco andar, al mismo punto en que nos encontramos ahora: una situación de quiebre del sistema público.

En todo caso, el proyecto es una solución, entre comillas, para adelante y que, modestamente, tengo la impresión de que llegará al mismo fracaso del sistema actual; de ninguna manera me parece que proporciona la solución a los problemas pendientes, a los cuales me quiero referir.

Hace un tiempo, el hospital Gustavo Fricke, de Viña del Mar, estuvo en la primera plana de los medios de comunicación, puesto que se detectaron pérdidas de equipos importantes, una lista de deudores morosos con el hospital que superaba los mil millones de pesos y también deudas muy cuantiosas con proveedores. En fin, problemas de gestión y administración extraordinariamente importantes. Pero no se dijo lo peor. Dicho hospital, no sólo principal establecimiento de la ciudad, sino también de esta región, tiene en lista de espera para intervenciones quirúrgicas a ocho mil personas.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiempo, señor diputado.

El señor **IBÁÑEZ** (don Gonzalo).- ¿Qué vamos a hacer con esas ocho mil personas en este plan Auge? ¿Se les van a aplicar los criterios Auge de las 56 patologías y el resto para la casa?

Antes de iniciar una nueva etapa, terminemos la que está pendiente, por lo menos en lo que al hospital Fricke se refiere.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En el tiempo que resta a la bancada de la UDI, tiene la palabra, hasta por 11 minutos y 30 segundos, el diputado Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, podría parecer una paradoja gigantesca el hecho de que mientras esta Cámara hoy está despachando el proyecto de ley relativo al plan Auge, en su trámite final para enviarlo al Senado, simultáneamente cientos de médicos están presentando su renuncia al sistema público de salud como una forma de protesta por la aprobación de dicho plan.

El Gobierno gastó más de 600 millones de pesos en publicidad, a nuestro juicio, absolutamente ilegal, para tratar de difundir un plan en momentos en que ni siquiera habían ingresado los proyectos de ley al Congreso.

DISCUSIÓN SALA

Paralelamente, el Colegio Médico gastó más de 70 millones de pesos en publicidad en contra del Auge y el resultado final es que una inmensa mayoría de chilenos sigue sin saber en qué consiste esta reforma de la salud que hoy votaremos.

Continúa la incertidumbre sobre el financiamiento: si se van a aprobar o no los 152 mil millones de pesos que este plan significa.

En paralelo, el Gobierno ha puesto en marcha un plan miniauge que, según consigna la prensa de hoy, al parecer ha sido exitoso. Mientras que, por otra parte, cincuenta mil chilenos están esperando ser intervenidos quirúrgicamente y los mismos hospitales que los atenderán le deben aproximadamente 50 mil millones de pesos a sus proveedores.

En muchas especialidades médicas, los médicos son insuficientes y están mayoritariamente concentrados en la Región Metropolitana. Días atrás, el director del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, don Álvaro Erazo, señalaba que tenía serias dudas en cuanto a si el sistema público iba a ser capaz de enfrentar la aplicación del Auge.

¿Qué lleva, entonces, a esta Cámara a aprobar, como ya se está viendo, esta reforma de la salud? La confianza y la esperanza de que en el futuro las cosas se puedan hacer mejor de lo que se han hecho hasta hoy.

En verdad, yo también tengo esas mismas aprensiones. El Senado tendrá que complementar el debate de esta reforma; pero la gran duda que queda es si el gobierno de la Concertación va a ser capaz de garantizar a los chilenos, a través del sistema público, la atención y la cobertura financiera para el conjunto de enfermedades del plan Auge, a que se está comprometiendo. Ojalá que sí, para que no quede en la historia de la ley que no se llevó a cabo por falta de apoyo legislativo o político. Le estamos dando al Estado de Chile muchas de las herramientas que el gobierno del Presidente Lagos nos ha pedido. No hemos sido mezquinos en esta discusión. Sin duda, la reforma que un eventual gobierno de la Alianza por Chile hubiese querido llevar adelante habría sido distinta. Hay acá un voto de confianza, pero también una dosis alta de escepticismo en cuanto a si van a ser capaces o no de realizarla. Pero, para la historia política, que quede claro que no nos opusimos, sino, más bien, que nuestra votación en la discusión en particular - por eso que es en detalles- va a ser a favor de algunos artículos, en contra de otros y de abstención en algunos; pero, en lo grueso, en lo macro, estamos confiando en este concepto de priorizar un conjunto de enfermedades por sobre otras, sin que eso signifique demérito para las restantes.

Muchas de las discusiones que se van a generar entre las enfermedades Auge y no Auge, y sobre las indicaciones que incorporó el Ejecutivo al artículo 3º, a mi gusto, no satisfacen respecto de las enfermedades no Auge. No es la forma sustancial de resolver el problema. La nueva redacción del artículo quizás avanza en algo en relación con lo que era inicialmente, pero digámoslo claro: las enfermedades Auge van a tener cobertura y garantía y las enfermedades no Auge van a seguir sin cobertura financiera y sin garantía reclamable por parte de los pacientes. Eso es en esencia. Puede ser bueno o malo, pero la opción que se está tomando es la de priorizar y nos parece

DISCUSIÓN SALA

correcta. El listado de enfermedades, como se ha dicho hasta la saciedad, podrá ser hoy de 56, mañana de 70 o quizás menos o más. Lo que importa es que un país en vías de desarrollo, donde los recursos escasean, para tratar de hacerlo mejor, está tomando la opción de privilegiar un conjunto de enfermedades representativas de la morbilidad más alta de la población. Será el Estado, entonces, en concreto el actual Gobierno, el que deberá demostrar si es capaz o no de llevar adelante la reforma.

Nos habría gustado avanzar más con respecto a cómo el paciente va a poder exigir la garantía que llamamos, en su momento, bono automático; pero no lo conseguimos. El artículo 14 propuesto por el Gobierno avanza en el tema, pero no le da a esa garantía la efectividad que hubiésemos querido.

El tema de la libertad de elección del artículo 13 es polémico. No se coarta la libertad de elección a los médicos y profesionales del país, sino que -digámoslo con claridad- se restringe, pero sobre la base de una red de prestadores con convenios y capacidad para que el paciente pueda buscar con cierta flexibilidad al profesional de la salud con quien quiere ser atendido. Pero en un sistema como el de Chile, con sus actuales niveles de ingreso, no podemos dar un marco de libertad de elección tan amplio que lleve los gastos del país a una cifra exponencial imposible de ser asumida. A mi juicio, no hay un hecho que coarte la libertad de elección ni tampoco otro que la restrinja en forma absoluta. Se está llegando a una cierta flexibilidad en el punto, aunque nos hubiese gustado una redacción distinta; pero no podemos pretender dar flexibilidad total como algunos médicos quisieran.

Finalmente, me voy a referir al artículo 29 del proyecto que crea el Fondo Maternal Solidario. En ese sentido, el artículo 30 señala que se va a destinar un 0,6 por ciento de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de los afiliados para constituirlo.

Debido a la calificación estrictamente reglamentaria de discusión inmediata que tiene este proyecto, no vamos a poder votar en particular los artículos relativos al Fondo Maternal Solidario, respecto de los cuales estamos en una posición contraria y entendemos que también un vasto sector de la Democracia Cristiana. Quizás, si tuviéramos la oportunidad de votarlos en particular, se rechazarían, pero -repito- ello no es posible por el mecanismo reglamentario que los da por aprobados. Pero tampoco quiero que quede en la historia de la ley que hubo unanimidad de la Cámara para crear ese fondo. No es así. Tampoco la hubo en la Comisión. No somos partidarios de afectar con el 0,6 por ciento las cotizaciones de salud, para financiarlo, porque eso pone fin al subsidio estatal prenatal y posnatal. Así de simple. Además, algunas personas han hecho presente que al respecto existen problemas de inconstitucionalidad. Faltó ingenio y creatividad para encontrar una forma de financiamiento distinta. Aquí se comete una tremenda injusticia y -reitero- no quiero que quede en la historia de la ley que avalamos el hecho de allegar recursos para una reforma de esta naturaleza. Ojalá que en el resto del trámite legislativo en el Senado se modifique este Fondo Maternal Solidario y no se afecten las cotizaciones de salud de los chilenos. A mi juicio, no corresponde constitucionalmente.

DISCUSIÓN SALA

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (Ministro de Salud).- No quiero dejar pasar la oportunidad de reconocer públicamente la participación, la contribución y generosidad del diputado Melero para que este proyecto alcanzara hoy el nivel de riqueza y perfeccionamiento. Pero quiero decirle que tenga fe; que no sea escéptico; que crea. Recuerdo que cuando discutimos la ley de Presupuestos, todos decían que íbamos a terminar con una deuda de más de 60 mil millones de pesos y nos comprometimos a terminar el año 2002 con menos deuda que en 2001. El próximo lunes el subsecretario de Salud va a dar cuenta de esa cifra que es inferior en 40 mil millones de pesos.

Además de darle esa buena noticia, quiero expresarle al diputado Melero que, cuando hay decisión política y voluntad para hacer cambios, aun con todas las dificultades que ello conlleva, es posible. Y esta reforma va a ser posible para el bien de los quince millones de chilenos y chilenas.

Muchas gracias.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, para los colegas que siguen ¿cuánto tiempo le resta a la UDI?

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Dos minutos y 19 segundos, señor diputado.

Tiene la palabra el diputado señor Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señor Presidente, una de las conclusiones del informe 2000 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Pnud, relacionada con las tareas pendientes para el futuro, señala cinco puntos:

El primero se refiere a la necesidad de que Chile tenga una memoria reconciliada en la diversidad; el segundo dice relación con la creatividad; el tercero, con la promoción de la asociatividad; el cuarto, con el compromiso con la equidad, y el quinto, cómo se pueden hacer institucionalidades en solidaridad.

Respecto del cuarto punto, dice que nuestro pueblo siente que la equidad y la igualdad son conceptos básicos muy importantes. Asimismo, hace notar que en nuestra sociedad, hoy, existen grandes desigualdades referidas al acceso a algunos bienes materiales, pero especialmente a los derechos de la salud, de la previsión y de la educación. En ese sentido, manifiesta la necesidad de llegar a una relación de mayor equidad en esos aspectos.

Con la misma fuerza, el informe indica cómo esas desigualdades afectan la sustentabilidad de nuestro desarrollo, particularmente la que se produce con la fragmentación de nuestra sociedad. En este sentido, debe destacarse la diferencia que existe entre personas de mayores ingresos y de menores ingresos, como asimismo entre comunas y regiones. Ahora, si consideramos el mundo globalizado, sobre todo ahora que hemos firmado un tratado de libre

DISCUSIÓN SALA

comercio con la Unión Europea, esa brecha también se acentúa entre países de mayores y de menores ingresos.

Esa desigualdad se traduce en que nuestra gente sienta menor arraigo o afecto por la democracia. O sea, también pone en riesgo la fragmentación social y política del país.

El informe también observa que una de las mayores preocupaciones del siglo XXI radica en el hecho de cómo podemos llegar a esa tan ansiada igualdad, en cómo podemos disminuir esa brecha. Sabemos que se puede hacer cuando las personas tienen acceso en igualdad de oportunidades a la salud, a la educación y a la previsión, como también a los bienes materiales, todo lo cual, indiscutiblemente, contribuye a su desarrollo.

Además, dicha brecha se puede disminuir hoy a través de la capacitación, que permite competir a las personas en mejores condiciones en un mundo globalizado. Muchas veces, personas que no logran acceder a la salud y a la educación quedan totalmente postergadas en nuestra sociedad.

En mi opinión, uno de los derechos más sentidos de las personas es la salud. El proyecto en discusión va por el camino correcto, puesto que da acceso universal, con garantías explícitas, lo que permite evitar la discriminación existente respecto del género y de la edad.

Sin embargo, nos preocupa el hecho de que las garantías no se apliquen a todas las patologías y queden excluidas algunas de ellas. Por ese motivo, anuncio nuestra abstención en algunos artículos del proyecto. Sí esperamos que sea el camino que nos acerque a la tan necesaria igualdad entre los chilenos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señor Presidente, en primer lugar, comparto lo manifestado por varios colegas en el sentido de que, probablemente, ésta sea la reforma social más importante del actual Gobierno y una de las más significativas que tendremos oportunidad de impulsar en esta década. Se trata de modernizar todo el sector salud para hacer efectivo el derecho de la salud de todos los chilenos y chilenas en un contexto en el cual, por desgracia, dicho derecho todavía no es enteramente efectivo.

Este proyecto es ambicioso, puesto que considera la discusión de cinco proyectos de ley distintos. Hay que recordar que el primero, que la Cámara aprobó y envió al Senado, moderniza el subsistema público de nuestro sistema de salud para aumentar su eficacia. Estamos discutiendo, y a punto de aprobar, el proyecto de ley que establece garantías explícitas en materia de oportunidad de la atención y de la cobertura financiera. La próxima semana también estamos en disposición de aprobar y enviar al Senado el proyecto de ley que regula las isapres y termina con las discriminaciones que allí se presentan, y, posiblemente, a más tardar en marzo, despacharemos los proyectos de ley que establece derechos y deberes de los pacientes, y el que

DISCUSIÓN SALA

financia la reforma.

Por lo tanto, puedo afirmar que la Cámara le ha cumplido a la ciudadanía y al Presidente de la República. Hace aproximadamente seis meses, a fines de julio, los miembros de la Comisión de Salud de la Cámara concurrimos al despacho de su Excelencia y nos comprometimos a trabajar con toda la intensidad que nos permitieran nuestras energías para aprobar, de manera inédita, en un récord histórico, casi en seis meses, una reforma a la salud que, insisto, incluye cinco proyectos de ley y que su único antecedente histórico, por lo menos en el siglo XX, fue la reforma de 1952, cuando se creó el Servicio Nacional de la Salud, cuya tramitación demoró más de cinco años en el Congreso.

De manera que realizar todo eso en seis meses, por lo menos en la Cámara de Diputados será un récord, y hasta el momento ha sido un esfuerzo muy significativo que no ha disminuido la calidad de la reflexión y estudio en el análisis de los temas, lo que ha significado niveles de trabajo y esfuerzo muy significativos, pues debieron celebrarse tres sesiones a la semana durante cinco meses consecutivos, en circunstancias de que normalmente las sesiones de las comisiones técnicas se realizan una vez por semana. Pero el esfuerzo ha valido la pena, ya que partió de una demanda de la sociedad.

Lo importante fue cumplir con un compromiso adquirido con la ciudadanía y el Presidente de la República, en el sentido de que al menos tres de los cinco proyectos de ley que conforman la reforma a la salud serían despachados al Senado durante el presente mes, antes de que comience el receso parlamentario.

El proyecto en debate constituye el corazón de la reforma de la salud, porque establece el plan de garantías AUGE. Garantiza la oportunidad en la atención y la protección financiera. Además, la calidad homogénea en la atención y el tratamiento de todas las personas.

Por el tema de fondo es que en nuestro actual sistema de salud la gente del sector público debe sufrir largas esperas, en ocasiones años, respecto de ciertas patologías, y quienes están en el sistema de atención privada deben endeudarse en forma extraordinariamente onerosa, en muchos casos angustiante, cuando deben enfrentar alguna enfermedad, ya que su plan en la isapre respectiva le cubre parcialmente el costo de su tratamiento.

El plan AUGE permitirá resolver las largas listas de espera, porque garantiza en forma efectiva que habrá oportunidad en la atención, por lo menos, respecto de las 56 patologías incluidas en él. Además, respecto de las mismas enfermedades, le garantiza a la gente que está en el sector privado que no tendrá que vender o embargar su casa, su auto o sus bienes, porque contará con una cobertura del 80 ó 90 por ciento de los costos que implica el tratamiento de su enfermedad, lo cual es extraordinariamente importante.

Asimismo, ha sido fundamental el diálogo que el Ministerio de Salud ha llevado a cabo con la comunidad y con el Congreso Nacional, porque ha permitido resolver algunos de los principales cuestionamientos planteados respecto de la iniciativa. Pero quiero hacerme cargo de dos o tres de ellos que han sido abordados por diputados de la Oposición.

DISCUSIÓN SALA

El primero dice relación con qué hacer con aquellas enfermedades que no están priorizadas en el listado de las 56 patologías principales y que pueden afectar a muchas personas.

Por ejemplo, ¿qué pasará cuando una madre deba llevar a su hijo a un centro asistencial por una enfermedad que no está en el listado del AUGE?

El Ministerio de Salud formuló una indicación que garantiza que, no obstante haber enfermedades que no tienen el mismo nivel de garantías, habrá recursos, disposición y una estructura del sistema de salud, tanto público como privado, para hacerse cargo de ellas, a tal punto que no constituirá ningún retroceso respecto de la situación que hoy existe. Por tanto, de acuerdo con las nuevas condiciones de la reforma, todas las personas que se enfermen de patologías no consideradas en el AUGE tendrán, a lo menos, el tratamiento y atención que hoy reciben. Sin embargo, las personas que se enfermen de alguna patología incluida en el AUGE, tendrán todas las garantías que la ley consagra.

El segundo problema planteado tiene que ver con la libre elección. Al respecto, quiero adherir a los conceptos formulados por el diputado señor Girardi, quien, como hijo y nieto de médicos -profesión que él también abrazó-, señaló que no compartía la exigencia del Colegio Médico, porque en un régimen de salud que debe abarcar los problemas de toda la población, en un país de aproximadamente quince millones de habitantes, la demanda corporativa de un grupo de profesionales, por importante que sea, no puede ser la orientación principal de una reforma de la salud.

Ciertamente, la demanda principal de los chilenos y chilenas es que se les atienda en forma oportuna, con calidad y que ello no les implique quedar endeudados. Es decir, que los atiendan con una cobertura financiera básica. O sea, con rapidez, con trato humano de calidad y sin que les signifique quedar endeudados al enfrentar una enfermedad. Eso es lo que los chilenos están pidiendo, y no -a lo mejor sería una sofisticación que podría darse en el desarrollo futuro del país, y podría llegar a ser una necesidad real- elegir al mejor médico o la más elegante, sofisticada y mejor de las clínicas. Lo que la gente pide cuando llega a un hospital es que haya camas, médicos que la operen, tecnología adecuada y que se le asigne una hora para concurrir al consultorio, para no tener que hacer fila de espera desde las cuatro o cinco de la mañana, aun cuando eso efectivamente ya se ha superado.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Ha terminado su tiempo, señor diputado.

El señor **AGUILÓ**.- Termino de inmediato, señor Presidente.

La última preocupación planteada por la ciudadanía, que no ha sido adecuadamente recogida, tiene que ver con el financiamiento solidario, el cual debe provenir, en forma mayoritaria, de los sectores del país que tienen más recursos. Es decir, que aporten más los que tienen más dinero.

Desgraciadamente, ese aspecto deberá ser discutido en su momento, cuando se analice el proyecto financiero. Sin embargo, debemos evitar que en

DISCUSIÓN SALA

esta iniciativa ocurra lo contrario, porque sería escandaloso que los sectores que están en el Fonasa, los de bajos recursos, los de clase media modesta, terminen financiando los costos de salud de las personas que están en isapres, es decir, de la gente más rica, de los sectores de clase media acomodada o de más altos recursos. En un país donde el 10 por ciento de la población más rica es dueña del 43 por ciento del producto geográfico bruto, o sea, de toda la riqueza que se produce, sería un gran escándalo que la gente de menos recursos, la gente pobre, termine financiando los costos de atención de las personas más adineradas.

Se formularon dos indicaciones, las que fueron aprobadas en las Comisiones de Hacienda y de Salud. Sin embargo, sería importante introducir mayores niveles de solidaridad durante la discusión del tema financiero.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Ortiz.

El señor **ORTIZ**.- Señor Presidente, en mi intervención anterior quedaron pendientes dos preguntas que quiero complementar.

Después de escuchar la intervención del diputado señor Aguiló, ex presidente de la Comisión de Salud, creo que sería bueno reiterar algunas cosas que han sido parte importante del proyecto.

¿Cómo se garantiza el derecho a reclamo y cómo se supervisa el cumplimiento del AUGE? Al respecto, es un hecho de la causa que no todas las personas ejercen de igual forma su derecho a reclamo en salud. Por una parte, los afiliados a isapres reclaman ante la Superintendencia de Isapres cuando sus contratos son vulnerados; por otra, los beneficiarios del Fonasa recurren a distintos lugares para hacer valer su derecho a la salud, partiendo por el lugar donde se les negó o postergó la atención, llegando, incluso, a distintos parlamentarios. Ambas cosas deben ser mejoradas, tal como se ha entendido en el trámite legislativo de este proyecto de ley.

Por lo anterior, se propuso la creación de una superintendencia de salud, que acoja, por un lado, todas las consultas y reclamos sobre el Régimen de Garantías en Salud y, al mismo tiempo, supervise aquello que la ley, el decreto supremo del régimen de garantías y el propio Ministerio de Salud han dispuesto entregar a los beneficiarios del Fonasa y de las isapres. O sea, un mismo esquema de supervisión y de reclamo tanto para los afiliados a Fonasa como para los de isapres. Eso es igualdad, no discriminación.

Respecto de las consultas que formulé durante la tramitación de la iniciativa, debo destacar que con posterioridad el proyecto fue perfeccionado, tanto por distintos señores diputados como por el Ejecutivo.

Se propuso garantizar aportes fiscales sólo para los indigentes, lo que dejaba sin protección a aquellos afiliados al Fonasa, cuya cotización del 7 por ciento no les alcanzaba para financiar el plan AUGE. Eso se corrigió en el artículo 16, que indica que el aporte fiscal estará garantizado, tanto para los indigentes como para las familias del Fonasa que no les alcance la renta para

DISCUSIÓN SALA

pagar el plan Auge.

Además, se propuso dejar el modelo de atención como único referente de la forma de entrega del Auge, sin hacer mención a la mantención de la libre elección, lo que era motivo de preocupación y controversia, y también fue corregido.

Nada se indica respecto del acceso a las prestaciones de las patologías o problemas de salud no incluidos en el decreto supremo del plan Auge. Gracias al trabajo parlamentario se corrigió ese aspecto, dotando al Ministerio de Salud de la facultad y de la obligación de regular el acceso a esas prestaciones.

Por otro lado, se propuso la creación de dos superintendencias, una para el Fonasa y otra para las isapres, con lo cual se habría mantenido la segmentación que existe entre el mundo público y el privado de salud. Quería referirme a este punto, por cuanto el proyecto de ley es el resultado del trabajo conjunto del Congreso Nacional con el Ejecutivo.

A partir de la aprobación en general y en particular del proyecto, éste pasa a conformar la reforma de la salud, junto con el proyecto de autoridad sanitaria y gestión, despachado al Senado; el proyecto de reforma a las isapres, que esta tarde analizamos las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, y el de derechos y deberes de los pacientes.

Sin embargo, tal vez este proyecto que crea el Régimen de Garantías en Salud sea el más importante, pues indica qué salud vamos a tener y cómo la vamos a mejorar el día de mañana.

Por tanto, con estas ideas pendientes desde mi intervención anterior, quiero dar una señal potente para aprobar todo el articulado. Y, así, terminar el primer trámite constitucional y remitir el proyecto al Senado de la República. He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Ofrezco la palabra a algún señor diputado del Comité de Renovación Nacional.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se reanuda la sesión.

Por un asunto de Reglamento, tiene la palabra el diputado señor Waldo Mora.

El señor **MORA**.- Señora Presidenta, solicito que suspenda la sesión por cinco minutos, y cite a reunión de Comités.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- A petición del Comité de la Democracia Cristiana, se cita a reunión de Comités.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se reanuda la sesión.
Tiene la palabra el diputado señor Álvarez.

El señor **ÁLVAREZ**.- Señora Presidenta, una vez más solicito -y en esto creo interpretar a muchos señores diputados-, como muchas veces se ha hecho, que por unanimidad se vote el artículo 30 del proyecto, sobre el cual la Sala nunca se ha pronunciado. Ello, por una posición absolutamente inestable del Ejecutivo, que ha cambiado reiteradamente la urgencia de la iniciativa, y dada la discusión inmediata del proyecto, la Sala jamás se ha pronunciado respecto de dicho artículo. Sé que ha habido una posición negativa de algunos comités, pero quiero pedir el pronunciamiento de la Sala para que quede constancia al respecto; de lo contrario, va a salir una disposición sobre la cual la Sala jamás se ha pronunciado en particular.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Recabo el asentimiento de la Sala para acceder a la propuesta del diputado señor Rodrigo Álvarez.

No hay acuerdo.

He recibido una minuta de los miembros de la Comisión de Salud en la que se hace una propuesta de votación de los artículos que fueron objeto de modificaciones.

La minuta propone en bloque los artículos que concitan unanimidad.

Tiene la palabra el diputado señor Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, la UDI no está de acuerdo con esa propuesta, dado que tampoco la hubo para la votación del artículo 30 del proyecto.

En consecuencia, se debe votar artículo por artículo.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra diputado Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, pido votar en forma separada el inciso primero del artículo 3º.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- ¿Lo solicitó durante el debate?

El señor **MASFERRER**.- Yo lo pedí, señora Presidenta.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el inciso primero del artículo 3º.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico,

DISCUSIÓN SALA

dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 97 votos. No hubo votos por la negativa, ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el resto del artículo 3°.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 55 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 41 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Delmastro.

-Se abstuvieron los diputados señores:

DISCUSIÓN SALA

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas y Vilches.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 4º.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 94 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 6º.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 92 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball

DISCUSIÓN SALA

(doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Letelier (don Felipe), Longueira, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 9º.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 99 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 12.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 53 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 40 abstenciones.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Escobar.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Álvarez-Salamanca, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas y Vilches.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 13.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 98 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María

DISCUSIÓN SALA

Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 14, nuevo, que tiene una indicación que el señor Secretario va a dar lectura.

El señor **LOYOLA** (Secretario).- La indicación de los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock tiene por objeto reemplazar, en el párrafo primero del inciso quinto del artículo 14, la forma verbal "deberán" por "podrán".

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación la indicación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 70 votos; por la negativa, 31 votos. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobada.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Kast, Kuschel, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Mulet, Muñoz (doña Adriana), Norambuena, Ojeda, Olivares, Palma, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Rojas, Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Bustos, Ceroni, Cornejo, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Montes, Mora, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ortiz, Paredes, Quintana, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Soto (doña Laura), Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela y Venegas.

-Se abstuvo el diputado señor Pérez (don Aníbal).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 14, nuevo.

DISCUSIÓN SALA

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobado el artículo 14, con la indicación.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Accorsi.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 15, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 49 votos; por la negativa, 4 votos. Hubo 39 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Leal, Letelier (don Felipe), Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

DISCUSIÓN SALA

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:
Delmastro, Escobar, Varela y Von Mühlenbrock.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Vargas y Vilches.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 16, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 88 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 17, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 52 votos; por la negativa, 45 votos. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

DISCUSIÓN SALA

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

-Se abstuvo el diputado señor Araya.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 18.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, pido la palabra por una cuestión reglamentaria.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, pido que se voten lo numerales por separado. En su momento, lo pidió el diputado Masferrer.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Pero tiene sólo el número 9.

El señor **MELERO**.- El artículo completo es el que se está votando, así que pedimos la separación de la votación de todos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene un solo número. Los otros están al inicio del documento y ya reglamentariamente están aprobados.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, le solicito que pida la unanimidad de la Sala para votar por separado cada numeral.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- ¿Habría unanimidad para acceder a la petición del diputado Melero?

No hay acuerdo.

En votación el número 9) del artículo 18.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 99 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobados el numeral 9 y el artículo 18.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 1 del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 94 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa,

DISCUSIÓN SALA

Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 3 del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 51 votos; por la negativa, 47 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 4 del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 91 votos; por la negativa, 5 votos. No hubo abstenciones.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Álvarez-Salamanca, Bayo, Hidalgo, Monckeberg y Prieto.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 4 del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado por la afirmativa, 91 votos; por la negativa, 5 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena),

DISCUSIÓN SALA

Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Álvarez-Salamanca, Bayo, Hidalgo, Monckeberg y Prieto.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 5, nuevo, del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 53 votos; por la negativa, 44 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez, Bauer, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 6, nuevo, del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 93 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Ceroni, Cornejo,

DISCUSIÓN SALA

Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 7, nuevo, del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 90 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 8, nuevo, del artículo 19.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 54 votos; por la negativa, 46 votos. No hubo abstenciones.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobado el número 8, nuevo, y el artículo 19.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 20, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 95 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio,

DISCUSIÓN SALA

Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 22.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 86 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Prieto, Quintana, Recondo, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 23.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 91 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 2 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Jaramillo, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Martínez, Masferrer,

DISCUSIÓN SALA

Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Robles.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Accorsi y Jarpa.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 24.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 93 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 25.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 94 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 26.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 55 votos; por la negativa, 45 votos. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor),

DISCUSIÓN SALA

Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

-Se abstuvo el diputado señor Araya.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 27.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Montes; Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Corresponde votar los preceptos del Título VI, nuevo, de la Superintendencia de Salud.

En votación el artículo 37, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 96 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic,

DISCUSIÓN SALA

Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Accorsi.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 38, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 86 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 5 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Kast, Kuschel, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Ibáñez (don Gonzalo), Jarpa, Robles, Rojas y Urrutia.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 39, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 88 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

DISCUSIÓN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Kuschel, Leal, Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Urrutia.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 40, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 55 votos; por la negativa, 47 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez

DISCUSIÓN SALA

(doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 41, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 53 votos; por la negativa, 42 votos. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Delmastro, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

-Se abstuvo el diputado señor Díaz.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 42, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 92 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo),

DISCUSIÓN SALA

Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Varela.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

%%%%%%%%%

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 43, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 97 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 44, nuevo.

DISCUSIÓN SALA

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 88 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 2 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Valenzuela, Varela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Ibáñez (don Gonzalo) y Urrutia.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 45, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 55 votos; por la negativa, 45 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino,

DISCUSIÓN SALA

Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 46, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 86 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Cornejo, Correa, Díaz, Dittborn, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 47, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 52 votos; por la negativa, 44 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier

DISCUSIÓN SALA

(don Felipe), Mella (doña María Eugenia), Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bayo, Bertolino, Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Kuschel, Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 48, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 98 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Corresponde votar el artículo 49, nuevo. Les recuerdo a las señoras diputadas y señores diputados que, para su aprobación, requiere quórum de ley orgánica constitucional.

DISCUSIÓN SALA

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 61 votos; por la negativa, 40 votos. No hubo abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Rechazado por no haberse alcanzado el quórum requerido de 67 votos por la afirmativa.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bayo, Becker, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Bauer, Bertolino, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (doña Rosa), Hernández, Hidalgo, Kast, Kuschel, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Monckeberg, Norambuena, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 50, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 92 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame

DISCUSIÓN SALA

Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 51, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 83 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Escalona, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Kast, Kuschel, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 52, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 87 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

DISCUSIÓN SALA

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Encina, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Riveros, Robles, Rossi, Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 53, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 54, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio

DISCUSIÓN SALA

el siguiente resultado: por la afirmativa, 94 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 1 abstención.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Accorsi.

-Se abstuvo el diputado señor Ibáñez (don Gonzalo).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 4° transitorio, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 93 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez

DISCUSIÓN SALA

(don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 5º transitorio, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa 91 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 6º transitorio, nuevo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 95 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José

DISCUSIÓN SALA

Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Despachado el proyecto.

-Aplausos.

NORMAS SOBRE EDUCACIÓN PARVULARIA. Tercer trámite constitucional.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Propongo a la Sala votar las modificaciones del Senado a la iniciativa que dicta normas sobre la educación parvularia y regulariza la instalación de jardines infantiles.

Los Comités acordaron votar el proyecto sin discusión.

En votación las modificaciones del Senado al proyecto que dicta normas sobre educación parvularia y regulariza la instalación de jardines infantiles.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 96 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobadas las modificaciones del Senado.

Despachado el proyecto.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Encina, Errázuriz, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García-Huidobro, Girardi, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez

DISCUSIÓN SALA

(doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

(Aplausos).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Por haber cumplido con su objetivo, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 16.03 horas.

JORGE VERDUGO NARANJO,

Jefe de la Redacción de Sesiones.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

1.9.1. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora

Oficio de Ley al Senado. 15 de enero de 2003. Cuenta en Sesión 26, Legislatura 348, Senado.

mlp/rfi
S.43.

Oficio N°4089

VALPARAISO, 15 de enero de 2003

A S.E.
EL
PRESIDENTE
DEL H.
SENADO

Con motivo del Mensaje, Informes y demás antecedentes que tengo a honra pasar a manos de V.E., la Cámara de Diputados ha tenido a bien prestar su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY
"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD
Párrafo 1°
Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Esta ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, con el fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece dicha ley. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presente, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.

Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Párrafo 2°

De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; un índice de siniestralidad; un modelo de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y un modelo de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión del Régimen.

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos decanos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado o sus representantes.
3. Dos decanos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado o sus representantes.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los proporcionados.

Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento a seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesario para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; dar cuenta pública de sus sesiones; criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones del Régimen incorporarán, progresivamente y en forma incremental, los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Párrafo 5°

De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento a que se refiere el inciso cuarto del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.

Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, podrán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contradervación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, dicho reglamento regulará los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

Párrafo 6º

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.

Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.

TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 18.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

"Artículo 7° bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto."

3.- En el artículo 8°:

a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión ", y".

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

4.- En el artículo 11:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los establecimientos de salud de carácter experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."

b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

5.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la expresión: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

8.- En el artículo 25:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

9.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

Artículo 19.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma(,).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece esta ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del número 13), el siguiente 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33 la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión "anuales".

4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá comprender, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección."

b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Institución de Salud Previsional hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores.”.

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

”c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

i.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

”d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38.”.

ii.- Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g), la expresión “artículo 33 bis” por “artículo 33 ter”, todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: “El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.”.

5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

”Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Institución de Salud Previsional no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente.”.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

"Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

7.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:

"Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud."

8.- Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) En el inciso segundo, elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,"

ii) Agrégase, a continuación de la frase "excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución", la siguiente: "y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis".

iii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

Artículo 20.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras "por petición expresa del Ministro de Salud" y termina con las palabras "si las circunstancias así lo ameritan" y la coma (,) que la antecede.

Artículo 21.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TÍTULO III
DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 22.- Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.

Artículo 23.- El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 24.- El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 25.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por "período de predicción" el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.

Artículo 26.- Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

Artículo 27.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

Artículo 28.- Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO IV

DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 29.- Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 30.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI.

Artículo 31.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará, a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI, los que, en el caso de las Instituciones de Salud Previsional deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 32.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se hará por

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 33.- El reglamento a que se refiere este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 34.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquél en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO V DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 35.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos de este artículo, se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

Artículo 36.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO VI
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Párrafo 1º
Normas Generales

Artículo 37.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.

Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante "la Intendencia de Isapres".

Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaria General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá establecer los niveles jerárquicos de departamentos, subdepartamentos, secciones u oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.

Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Párrafo 2º
De la Fiscalización de las Garantías en Salud

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;

6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;

8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;

9.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas;

10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos, y

11.- Las demás que señale la ley.

Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5º del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.

Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Párrafo 3º

De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:

1.- Las contenidas en el artículo 3º de la ley N° 18.933;

2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;

3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;

4.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud;

5.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;

6.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley;

7.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, y

8.- Las demás que contemplen las leyes.

Párrafo 4º

De las Funciones Comunes.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 46.- En general, corresponderán a la Superintendencia, las siguientes funciones y atribuciones:

1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;

3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

Artículo 47.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Párrafo 5º
De los Recursos.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Párrafo 6º

Disposiciones Finales.

Artículo 49.- El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.

Artículo 50.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

Artículo 51.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 52.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.

Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.

El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.

Artículo 53.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo segundo.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N°18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma imponibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.

Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3° de esta ley, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley."

Dios guarde a V.E.

ADRIANA MUÑOZ D'ALBORA
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO
Secretario de la Cámara de Diputados

2. Segundo Trámite Constitucional. Senado

2.1. Primer Informe Comisión de Salud

Senado, 30 de abril de 2004. Cuenta en Sesión 53, Legislatura 350

INFORME DE LA COMISION DE SALUD,
recaído en el proyecto de ley, en segundo
trámite constitucional, que establece el Régimen
de Garantías en Salud.

BOLETÍN N° 2.947-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República.

La iniciativa en informe ingresó a trámite legislativo el 24 de mayo de 2002; la Cámara de Diputados lo despachó el 15 de enero de 2003, iniciándose su tramitación en el Senado el 21 del mismo mes.

El Ejecutivo, mediante oficio de 13 de abril de 2004, declaró la urgencia para su tramitación y despacho, calificándola de suma.

A una o más de las sesiones en que se estudió este asunto concurrieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Senadores señores Edgardo Boeninger Kausel, Fernando Flores Labra y Jaime Gazmuri Mujica y el Honorable Diputado señor Francisco Bayo Veloso.

Se hace presente que, con fecha 2 de septiembre de 2003, la Comisión de Salud fue autorizada por la Sala para discutir el proyecto en general y en particular a la vez, en este trámite reglamentario de primer informe.

INFORME COMISION SALUD

El Título IV incorporado al texto por la Comisión, "De la Responsabilidad en Materia Sanitaria", tiene carácter de ley orgánica constitucional, porque desarrolla para dicho ámbito las reglas de los artículos 4º y 42 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

Asistieron a las sesiones en que la Comisión estudió este proyecto las personas que a continuación se consignan:

Por el Ministerio de Salud, se hicieron presentes el Ministro de Salud, Dr. Pedro García Aspillaga, el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, don Andrés Romero Celedón y los abogados asesores del mismo Departamento don Eduardo Alvarez Reyes y don Tomás Jordán Díaz.

En representación del Ministerio de Hacienda, asistieron el Coordinador de Política Económica, don Marcelo Tockman Ramos y la asesora señora Consuelo Espinosa Marty.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, Dr. Hernán Sandoval Orellana, y por los asesores señoras Patricia Frenz Yonechi, Carolina de la Maza Pincheira, Verónica Vargas Lagos y señor Gianpiero Fava Cohen.

Asistieron en representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, el Superintendente, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal, don Ulises Nancuante Almonacid; el Jefe de Asesoría Jurídica, don Raúl Ferrada Carrasco, y el Jefe del Departamento de Estudios de la misma entidad, don Alberto Muñoz Vergara.

Don Pedro Pierry Arrau, abogado Consejero del Consejo de Defensa del Estado y Profesor de Derecho Administrativo en la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Valparaíso y Universidad de Chile.

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurrieron su Vicepresidente, don Andrés Tagle Domínguez; su Director Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y su Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

Como representantes del Colegio Médico asistieron el Dr. David Villena Pedrero; el asesor jurídico de esta asociación gremial, don Juan Carlos Bello Pizarro, y la asistente del asesor jurídico, doña Jessica Navarro Kobrinsky.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán, concurrió don Nicolás Figari Vial, y del Instituto Libertad y Desarrollo, don Sebastián Soto Velasco.

INFORME COMISION SALUD

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

Este proyecto de ley integra un conjunto de iniciativas legales que conforman la denominada Reforma de la Salud, integrado además por la relativa a la autoridad Sanitaria, ya convertida en ley N° 19.937; la de Instituciones de Salud Previsional, aprobada en general por el Senado, y la de Derechos y Deberes de los Pacientes, pendiente en la Cámara de Diputados. El proyecto en informe, de acuerdo con el texto aprobado por la Cámara de Diputados, tiene los siguientes objetivos específicos:

- Establecer un Régimen de Garantías en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.

- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.

- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados por el Estado, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.

- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Crear una Superintendencia de Garantías en Salud, que fiscalizará al Fondo Nacional de Salud en materia del Régimen de Garantías; en el ámbito privado, la fiscalización estará a cargo de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados consta de cincuenta y tres artículos permanentes, divididos en seis Títulos, y seis artículos transitorios.

El Título I, denominado "Del Régimen de Garantías en Salud", comprende los artículos 1° al 17.

INFORME COMISION SALUD

Estas disposiciones señalan como objetivo del proyecto regular el Régimen de Garantías en Salud, el que definen y enuncian, a la vez que describen los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, que son factores claves del referido Régimen.

Indican, además, que el citado Régimen será elaborado por el Ministerio de Salud, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria del país. Para esta tarea, el Ministerio contará con la colaboración del Consejo Consultivo y su resultado será aprobado por decreto firmado, además, por el Ministro de Hacienda.

Crean el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, estableciendo su composición y forma de integración, funcionamiento y atribuciones.

Establecen un plazo dentro del cual deberá revisarse el Régimen, indicando la modalidad de modificación y el término dentro del cual entrarán en vigencia las nuevas disposiciones.

Finalmente, determinan que serán receptores de los beneficios del Régimen de Garantías en Salud, tanto los beneficiarios de la ley N° 18.469, como los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, regidas por la ley N° 18.933

El Título II, Disposiciones Varias, comprende los artículos 18 al 21. Estas normas proponen modificaciones a las leyes N° 18.469 y N° 18.933, a la vez que puntualizan que diversas normas sobre atención médica curativa mantendrán su vigencia.

El Título III, que abarca los artículos 22 a 28, crea un "Fondo de Compensación Solidario", que tiene por objetivo compensar entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, por concepto de ajuste de riesgos vinculados, al menos, a las variables sexo y edad de sus respectivos beneficiarios.

El Título IV, que comprende los artículos 29 a 34, crea un "Fondo Maternal Solidario", cuya finalidad es proveer los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dan lugar el descanso de maternidad y el permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año.

A continuación, el Título V, integrado por los artículos 35 y 36, consagra un "Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario", que tiene por objetivo beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones o pensiones imposables.

INFORME COMISION SALUD

Finalmente, el Título VI, que comprende los artículos 37 a 53, crea una "Superintendencia de Salud".

Las disposiciones transitorias establecen el plazo y forma de puesta en marcha del primer Régimen de Garantías en Salud y de los diferentes Fondos y subsidios que crea el proyecto, y facultan al Presidente de la República para organizar la Superintendencia de Salud.

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

b) Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

f) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

INFORME COMISION SALUD

g) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

h) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

i) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

j) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.

k) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.

l) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.

m) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.

n) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.

ñ) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

o) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.

p) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

q) Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos.

r) Ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

INFORME COMISION SALUD

DISCUSION EN GENERAL

La discusión en general del proyecto se inició con diversas audiencias, en las que se escuchó el parecer del Ejecutivo y de las organizaciones y personas invitadas, en relación con el mismo.

El **señor Ministro de Salud**, Dr. Pedro García, inició su intervención exponiendo que la Reforma de la Salud se sustenta en determinados valores y principios, a saber:

- 1) Regulación legal del derecho a la salud, que permita a todas las personas contar con un mecanismo de protección social que garantice el acceso universal a una atención adecuada y oportuna.
- 2) Equidad en salud, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social, acceso a la atención en salud y mejores resultados de ésta, todo lo cual redundará en reducir las desigualdades.
- 3) Solidaridad en salud, asegurando a los grupos más vulnerables iguales garantías que las de los más favorecidos: los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada.
- 4) Eficiencia en el uso de los recursos.
- 5) Participación social en salud, lo que implica reconocer que los usuarios tienen derecho a que el sistema de salud les dé cuenta de la calidad, oportunidad y eficacia del servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

La Reforma, además, requiere ciertos apoyos sociales y sanitarios:

- 1) Debe dar satisfacción a las expectativas de una población cada vez más educada, consciente de sus derechos y con mayores expectativas.
- 2) Debe hacerse cargo del nuevo perfil epidemiológico del país y de los cambios demográficos que son consecuencias del envejecimiento progresivo de la población y de cambios en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo.
- 3) Debe revertir la obsolescencia del modelo de atención de salud, maximizando el impacto de las acciones de salud mediante el uso racional de los recursos, estimulando las intervenciones cuya eficiencia y eficacia estén científicamente demostradas y coordinando los distintos niveles de atención.
- 4) Debe priorizar, con criterio sanitario, las necesidades en salud, atendidas las restricciones presupuestarias.

El señor Ministro informó que el total de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud alcanza a 10.301.069, y el de las Instituciones de Salud Previsional asciende a 2.809.658.

INFORME COMISION SALUD

Explicó luego que el Plan Nacional de Salud está conformado por los objetivos sanitarios, las prioridades nacionales, las necesidades de las personas y los recursos del país.

Conforme a él se ha elaborado el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que es un conjunto formado por las acciones de salud pública, colectivas e individuales, y el Régimen de Garantías en Salud.

A su vez, el Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud. El Régimen establece, conforme a las prioridades sanitarias, las enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, que deberán otorgarse a los beneficiarios del sistema público, regulado por la ley N° 18.469, y del privado, regido por la ley N° 18.933.

Un conjunto priorizado de esas enfermedades, condiciones de salud y prestaciones gozará de Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, las que serán exigibles compulsivamente, si no se otorgan del modo en que están establecidas. Los obligados a las garantías serán los aseguradores: el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

La garantía de "acceso" implica el derecho a recibir las prestaciones en la forma y condiciones consagradas en el decreto respectivo. Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deben acceder a la Red Asistencial que les corresponda, en el nivel de Atención Primaria.

La garantía de "calidad" alude a los estándares basados en evidencia científica que deberán cumplir, tanto las prestaciones de salud como las condiciones de otorgamiento de las mismas por prestadores registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud;

La garantía de "oportunidad" fija plazos máximos para la entrega de las prestaciones de salud, sobre la base de criterios clínicos generalmente aceptados y posibles de cumplir; en caso de incumplimiento por causa no imputable al beneficiario, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional deberán ofrecer prestadores de una red alternativa, en un nuevo plazo.

Finalmente, la garantía de "protección financiera" se refiere a la proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurrirán al financiamiento de las prestaciones de salud y a la contribución máxima que se exigirá a los afiliados.

INFORME COMISION SALUD

Todo lo anterior, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud establezca.

Respecto de las prestaciones que no tengan Garantías Explícitas, el Ministerio de Salud será el órgano encargado de dictar las normas e instrucciones sobre oportunidad para el sistema público. Dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de las referidas prestaciones, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales.

La elaboración y revisión del Régimen de Garantías Explícitas en Salud se ajustarán a criterios como magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria y su evolución probable; efectividad de las prestaciones necesarias para su control; infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; eficiencia de los aseguradores, Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional; costos asociados y su financiamiento, y valores sociales y culturales imperantes.

El procedimiento concebido para preparar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y para sus revisiones y ajustes periódicos, se inicia con una propuesta que hace el Ministerio de Salud al Consejo Consultivo que se crea para tales efectos en este proyecto. La propuesta se debe materializar en un decreto supremo, expedido por los Ministerios de Salud y de Hacienda. El Consejo se integra con personas de reconocida idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Continuó señalando el señor Ministro que el proyecto crea un Fondo de Compensación Solidario, que persigue alcanzar mayores grados de equidad en la asignación de los recursos, mediante su redistribución sobre la base del riesgo relativo de los individuos y las familias, en una perspectiva intergeneracional y sanitaria. Agregó que dicho Fondo tendrá por objetivo compensar entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud, por concepto de ajuste de riesgos provenientes, al menos, de las variables sexo y edad de los respectivos beneficiarios.

La iniciativa en informe, además, contiene un Título que enmienda las leyes N° 18.469 y N° 18.933, a fin de adecuarlas a los cambios que introduce la Reforma de la Salud, particularmente en lo que se refiere al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

El señor Ministro concluyó su exposición señalando que el primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud debería estructurarse

INFORME COMISION SALUD

sin la intervención del Consejo, a fin de que opere obligatoriamente a mediados de 2004, debiendo ser revisado anualmente durante los tres primeros años.

El **Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide** hizo presente que la iniciativa en informe plantea otorgar determinadas prestaciones de salud con garantía del Estado, las que podrán ser exigidas por sus beneficiarios, incluso judicialmente.

Sobre el particular, hizo presente que, debido a la insuficiencia de recursos y ante la imposibilidad de garantizar un acceso igualitario de todas las personas a la salud y, puntualmente, de otorgarles atención y tratamiento respecto de la totalidad de las enfermedades prevalentes, el proyecto constituye un paso en el sentido correcto.

No obstante, agregó, la pregunta recurrente discurre en torno a la situación de aquellas dolencias no comprendidas en el Régimen de Garantías. La respuesta podría ser que no pasará nada distinto de lo que acontece hasta ahora, lo cual significa que se atenderá a la mayor cantidad de casos posible. Sin embargo, y considerando la experiencia en los hospitales, conforme lo han manifestado los directores de establecimientos que han concurrido a la Comisión, la realidad puede obligar a reasignar personal y recursos, para reforzar el área cubierta por las garantías.

En consecuencia, expresó el Honorable Senador Ruiz-Eskuide, la respuesta a esta interrogante, y la mejor forma de resolver los problemas que la misma envuelve, será uno de los principales motivos de reflexión y análisis para la Comisión y para los representantes del Ejecutivo. Al efecto, sugirió mitigar las diferencias existentes entre la respuesta frente a las enfermedades cubiertas por las garantías y las que no lo estarán.

Otra inquietud planteada por el mismo señor Senador fue respecto del estándar "calidad". Sobre el punto, señaló que se trata de un concepto que, asociado a la medicina, es difícil de precisar y, por consiguiente, manifestó su interés en abordar el tema oportunamente, en mayor profundidad.

Descartó como un falso dilema si se debe privilegiar una visión sanitaria o económica para encarar los problemas que plantea el proyecto. Afirmó categóricamente que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un tema sanitario y no económico y que la iniciativa legal en debate persigue generar un modelo de atención en salud que conjugue tres elementos:

1. Responder dando atención a todas las patologías que permita el modelo, lo que parte del supuesto de asignar mayores recursos.

INFORME COMISION SALUD

2. Asignar prioridad a aquellas patologías que requieran de las garantías que asegura el Régimen; el ideal en este aspecto es que no existan exclusiones.
3. Ajustarse a las condicionantes económicas del modelo, que son: el marco presupuestario otorgado por el Ministerio de Hacienda; la integración y participación en el Consejo Consultivo de personas que por su formación aportan una visión económica, y la intervención del Ministro de Hacienda, quien debe estampar su firma en los decretos que establecen el Régimen.

La salud de las personas es un bien preeminente, lo que exige que a mayor riesgo se otorgue mayor cobertura. El modelo no es percibido como funcional por las Instituciones de Salud Previsional, señaló el señor Senador, en la medida en que incorpora el factor solidaridad.

Finalmente, planteó la conveniencia de implementar el Régimen de Garantías Explicitas en Salud en forma progresiva, ya que la prudencia y las carencias en materia de recursos y de gestión aconsejan focalizar el esfuerzo en un ámbito más acotado y manejable. Agregó que la primera etapa debería concentrarse en mejorar los niveles más deficitarios, a fin de elevarlos, generando de esta manera una racionalización de las listas de espera.

A continuación la **Honorable Senadora señora Matthei** hizo presente que, en materia de salud, las necesidades son enormes y los medios limitados. Frente a este problema, agregó, la Economía resuelve por precio y, en consecuencia, quien puede pagar recibe la atención y quien no puede hacerlo queda fuera del sistema. En el sistema público, continuó, el problema de recursos insuficientes versus grandes necesidades se resuelve a través de la espera por atención. Esta última solución es ineficiente, ya que no todas las enfermedades admiten espera, por lo tanto, es lógico que el Estado priorice algunas de ellas, en cuya pronta atención hay un mayor beneficio, en una perspectiva de salud pública. Los temas que preocupan a la gente son el costo financiero de la atención en salud, las listas de espera y los estándares de calidad de las prestaciones.

Agregó que, sin perjuicio de lo anterior, hay que hacerse cargo de los problemas que es posible prever.

En primer término, señaló que diferenciar por tipo de enfermedad para determinar si se otorga una atención prioritaria o no, parece extraordinariamente simplista, ya que existen otras variables, tales como la edad o la etapa de desarrollo de la enfermedad, que inciden en la obtención de mejores resultados, en la medida que permiten concentrar esfuerzos en el ámbito de la salud. Añadió que este criterio puede ser razonable si se considera que el objetivo de la iniciativa en análisis es focalizar los recursos

INFORME COMISION SALUD

disponibles para maximizar el número de años de buena calidad de vida de que puedan gozar las personas, pero que no lo es el ligar la decisión a un único elemento, en circunstancias que están involucrados diversos otros.

En la práctica, manifestó, las dos garantías importantes del Régimen, la oportunidad en la atención y la protección financiera, se aplicarán principalmente en el sector público. Una Prima Universal elevada provocará la migración de un segmento importante de usuarios del sistema privado al público, en el cual probablemente sólo podrán optar por la Modalidad de Atención Institucional. Este efecto gravitará sobre la dignidad de las personas de clase media que se verán compelidas a trasladarse desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud. Además, un crecimiento masivo de la demanda puede hacer colapsar el sistema público u obligarlo a subcontratar la mayor parte de los servicios en el sector privado.

La señora Senadora manifestó que una forma de evitar el peligro que ha sido advertido por varios participantes en el debate, de desviar recursos AUGE al tratamiento de patologías no incluidas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y viceversa, sería separarlos en cuentas independientes.

El funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario, tal como está concebido en el proyecto, generará un flujo de recursos desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud que ha sido estimado entre \$ 15.000 y \$ 18.000 millones. El artículo que impide que el Fondo traspase recursos en la dirección opuesta es inaceptable, afirmó la señora Senadora.

Abundando en torno a este punto, manifestó que hay diferencias importantes entre el sector público y el privado, en cuanto a la naturaleza de la cotización de salud que se paga.

En el caso del primero, del sistema público, la cotización, el 7% legalmente obligatorio, se vincula únicamente con la renta o ingreso, sin considerar otra variable.

La cotización, en el caso del sector privado, en cambio, es el precio de un seguro, que se determina según la medida en que probablemente él se utilizará, considerando, sexo, edad, estado de salud, cargas familiares, etc. En la práctica, periódicamente opera un sistema solidario de compensación de riesgos al interior del subsistema: el asegurador compensa los valores efectivos que se apartan del valor esperado. En esta óptica, destinar parte de la cotización a financiar las prestaciones con Garantías Explícitas implica un pago adicional, por algo que ya se tiene

INFORME COMISION SALUD

incorporado al patrimonio; en otros términos, es un impuesto con destinación específica.

La auténtica solución discurre por la vía de otorgar un subsidio portable a la demanda. Igual que en los casos de la educación y la vivienda, las personas podrían elegir dónde, cuándo y con quién se atienden en materia de salud. Hoy en día, el Estado subsidia sólo a quienes están adscritos al sistema público. Por lo demás, argumentó, la cotización obligatoria de 7% era real cuando se creó el sistema, pero en la actualidad, en razón del aumento de costos originado por el progreso científico y tecnológico en el área de la salud, el nivel de equilibrio de la cotización debiera empujarse a una tasa del orden de 12%.

Entendiendo que un alza de tal magnitud no es viable, llamó a buscar soluciones intermedias. Una fórmula puede ser subsidiar la Prima Universal en ambos sectores; otra es implementar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud de manera más lenta, en un plazo mayor; la tercera es crear mecanismos de solidarización de riesgos al interior a cada sector y no uno que los abarque a ambos y, por último, se puede concebir un Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el sector público, permitiendo que el privado se rija por las normas de la competencia en el mercado.

Hizo presente que la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, que ahora tiene carácter permanente, revisa los gastos, con miras a la refocalización de aquellos que no resulten necesarios. Ese escenario puede ser adecuado para una discusión a fondo de estos temas, que genere un consenso amplio en apoyo de las fórmulas de solución que allí se convengan.

Manifestó, asimismo, su inquietud frente a posibles diagnósticos equivocados que conduzcan a tratar a una persona por una enfermedad considerada prioritaria -con garantías explícitas-, que a la postre resulte ser una dolencia distinta, no garantizada, que da lugar a prestaciones de salud que tampoco están cubiertas por el Régimen. Al respecto, se preguntó si las garantías se comunican a otras dolencias relacionadas del paciente o si se aplica estrictamente el criterio de acotar la atención a las enfermedades del conjunto priorizado.

Otro problema sobre el cual la Honorable Senadora señora Matthei llamó la atención es el de la experiencia obtenida por las Instituciones de Salud Previsional en materia de enfermedades catastróficas, las cuales, al obtener una cobertura especial, vieron aumentar la demanda de atención a tasas muy superiores a las proyectadas sobre la base de estadísticas históricas. Lo anterior se debería a la tendencia, en un contexto de gratuidad, a optar por el tratamiento, sin la reflexión asociada al pago de las prestaciones. Recalcó que este punto se vincula con la inquietud manifestada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide respecto de lo que ocurriría con

INFORME COMISION SALUD

las enfermedades no cubiertas por las garantías. Concluyó haciendo presente que, aunque se utilice un financiamiento adicional, se puede producir un desplazamiento de recursos asignados al tratamiento de patologías no cubiertas.

El **Honorable Senador señor Ríos** expresó que la realidad social del país es diferente a la de hace algunas décadas; hay un porcentaje creciente de población en edad mayor y los indicadores de salud han mejorado, lo cual redundará en un cambio del perfil epidemiológico y genera demandas de atención en salud más complejas y más caras.

Añadió que la cotización para salud en el sector público es el único recurso fiscal aportado por los contribuyentes, en la administración del cual están excluidos de toda ingerencia. Diferente es el caso de la educación y la vivienda, ámbitos en los cuales nadie está obligado a cotizar y, sin embargo, existen subsidios portables a la demanda. No se entiende la razón por la cual el Ejecutivo no acepta aplicar en salud el mismo modelo.

Sugirió poner en marcha el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en forma limitada y progresiva, sin legislar aún sobre el particular, para contar con datos empíricos que hagan posible evaluar los resultados obtenidos y, eventualmente, llevar al ámbito normativo un modelo más afinado y probado.

El **Honorable Senador señor Boeninger**, a su turno, consideró inconveniente que se distinga tan tajantemente entre las enfermedades con Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y las otras. Al efecto, indicó compartir la preocupación frente a la probable utilización de fondos asignados al funcionamiento general del Régimen de Prestaciones de Salud para cubrir prestaciones garantizadas, y recalcó la necesidad de sincerar las prioridades sobre la base de criterios sanitarios, definiendo al mismo tiempo la forma de priorizar acertadamente. Todo lo anterior, indicó, demuestra la conveniencia de efectuar una distinción mucho menos tajante, de modo que el sistema de garantías tenga grados o matices.

Refiriéndose a los elementos que deben ser analizados y precisados al definir un sistema de racionalización basado en prioridades sanitarias, aludió a la gravedad de la patología; a las enfermedades relacionadas; a la situación de la tercera edad; a la falta de homogeneidad en la atención primaria a lo largo del país, la cual incide en la eficacia del diagnóstico necesario para determinar si se trata de una patología cubierta por la garantía, y al alcance del concepto "calidad".

INFORME COMISION SALUD

Manifestó que el proyecto refleja un esfuerzo revolucionario encaminado a precisar un conjunto de prioridades sanitarias que sienten criterios para definir la política nacional de salud, de la cual no quedará excluido sector alguno de la población.

El mecanismo ideado para compensar los diferentes riesgos de los cotizantes y sus beneficiarios permitirá eliminar las discriminaciones basadas en sexo y edad que hoy día están presentes en el sistema. La circunstancia de que la población con mayores riesgos esté afiliada al Fondo Nacional de Salud se explica porque históricamente las Instituciones de Salud Previsional han trasladado al sector público esos compromisos, mediante lo que se denomina el "descreme" del mercado, quedándose con el sector de población que presenta la mejor relación entre riesgo y cotización.

Compensando las diferencias provenientes de sexo y edad se cumple el imperativo constitucional de asegurar a todos un acceso igualitario a las acciones de salud, concluyó.

Enseguida, el Honorable Senador señor Boeninger consultó respecto de la solución que se considera dar en relación con el precio del Régimen de Garantías Explícitas, haciendo presente que se trata de un punto especialmente sensible, ya que, si resulta ser muy bajo o demasiado alto, ello tendrá implicaciones significativas y muy diversas en cada caso.

Insistió en la necesidad de no asumir más compromisos que los que es posible cumplir y en la conveniencia de imprimir un carácter gradual a la puesta en marcha del nuevo Régimen, que permita al sistema público adaptarse a las tensiones que causará el proceso. Agregó que esta discusión no parte de cero y que el concepto de derechos y garantías en la materia ya ha sido incorporado en el acervo ciudadano, siendo necesario minimizar el riesgo de comprometer el erario fiscal efectuando un análisis concienzudo del tema de la responsabilidad por incumplimiento. En consecuencia, indicó, se trata de evitar que se planteen demandas excesivas o se forjen expectativas irreales, que se traduzcan en desconfianza de la población.

Finalmente, se refirió a eventuales ingresos para financiar el sistema, provenientes de las cotizaciones de trabajadores independientes. Señaló que ninguna proyección responsable puede considerar esta fuente de recursos en el momento actual, debido a que las dificultades aparejadas resultarían mayores que los beneficios. Agregó que los trabajadores independientes que no cotizan para salud tampoco lo hacen para seguridad social, de modo que se hace necesario buscar un mecanismo para estimularlos a cotizar en el sistema de salud, como paso previo para que puedan ingresar al sistema previsional.

INFORME COMISION SALUD

El **Honorable Senador señor Espina** expresó que los partidos Renovación Nacional y Unión Demócrata Independiente son partidarios de un Régimen de Garantías Explicitas en Salud, porque lo consideran justo y conveniente, así como de establecer una Prima Universal que lo financie. Están igualmente a favor de eliminar las diferencias de trato que afectan a mujeres en edad fértil y a personas de la tercera edad. Por eso valoran la propuesta del Ejecutivo en este sentido.

Sin embargo, la iniciativa de ley introducida para alcanzar esos fines es criticable en algunos aspectos.

En primer lugar, introduce un factor de desigualdad entre las personas afiliadas al sector público respecto de las que están en el sector privado, ya que estas últimas verán encarecido el costo de sus planes de salud en el precio del AUGE, en tanto que las primeras continuarán desembolsando el mismo 7% que pagan hoy, lo que constituye un subsidio encubierto. En otras palabras, elevando la cotización se obliga a las personas a emigrar desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud y se les coarta su derecho a elegir el sistema de salud a que deseen acogerse.

La solución de fondo, enfatizó, es otorgar a las personas un subsidio portable, para que ellas escojan, conforme les faculta la Constitución Política de la República, el sistema que más les acomode.

En rigor, explicó, desviar parte de la cotización a la formación del Fondo de Compensación Solidario puede adolecer también de inconstitucionalidad, en la medida en que se priva a los cotizantes de una parte de la cotización que les pertenece, de la que no podrán disponer porque la ley lo ha hecho por ellos.

En vista de las dudas sobre la constitucionalidad que pesan sobre los artículos del proyecto que regulan el Fondo de Compensación Solidario y la Prima Universal, anunció que se abstendría en la votación de los mismos y que parlamentarios de su sector recurrirán al Tribunal Constitucional para que dilucide estos puntos. Simultáneamente, subrayó que tanto él como la Honorable Senadora señora Matthei han hecho importantes y leales esfuerzos para aportar al perfeccionamiento del proyecto y hacer posible su aprobación.

El **Honorable Senador señor Viera-Gallo** inició sus intervenciones manifestando la necesidad de clarificar expresiones empleadas en el proyecto, que inducen a confusión. Tal es el caso de los términos "Régimen de Prestaciones de Salud", definido por el artículo 4º de la ley N° 18.469, y "Régimen de Garantías en Salud" y "Garantías Explicitas en Salud", empleados en la presente iniciativa.

INFORME COMISION SALUD

Planteó también que, entre los puntos a dilucidar en esta discusión general, se encuentra el de fijar el momento en que una persona queda amparada por las garantías que consagra el proyecto y, más específicamente, si ello ocurre desde que se detectan los primeros indicios o sospecha clínica o si es necesario un diagnóstico confirmado. En el mismo orden de cosas, puntualizó que será preciso regular la oportunidad y forma en que el prestador estará obligado a comunicar al paciente que puede impetrar las garantías del Régimen.

Del mismo modo, interesa esclarecer si el Régimen de Garantías Explícitas en Salud se extenderá a enfermedades concomitantes con las patologías incluidas en él.

Consultó si el Ejecutivo está monitoreando el AUGE que ya se encuentra en ejecución, para detectar de qué forma se cumplen sus objetivos, lo que proporcionaría indicios importantes para la puesta en marcha del Régimen de transición y el definitivo.

También importa sobremanera, destacó el Honorable Senador señor Viera-Gallo, despejar lo relativo a las responsabilidades médica y del Estado en materia de acciones u omisiones en salud, y advirtió acerca de la conveniencia de sustraer los contratos de salud del ámbito de acción del SERNAC, tal como está propuesto en el proyecto de ley que modifica la ley Nº 19.496, sobre Protección de los Derechos de los Consumidores (Boletín Nº 2.787-03).

Puso énfasis en que la normativa que instaurará en el país el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es de carácter gradual y no obligatoria. De manera que la experiencia permitirá decidir si hay que incrementar o aminorar la velocidad del proceso, que incluso podrá suspenderse o detenerse, si los problemas que él genera superan los beneficios que aporta.

Por lo que respecta a las dudas de constitucionalidad planteadas en torno al Fondo de Compensación Solidario, manifestó que no hay tal, puesto que los cotizantes de ambos sistemas no conservan un derecho de propiedad sobre los aportes que integran al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional, cotizaciones que, por lo demás, no integran una cuenta de capitalización individual. Abundando en torno al mismo tema, señaló que no parece evidente que las Instituciones de Salud Previsional funcionen como una industria aseguradora, toda vez que los contratos que celebran con sus usuarios son de vigencia anual y pueden ser modificados unilateralmente por ellas.

INFORME COMISION SALUD

Por último, acotó, la ley puede fijar hacia el futuro las condiciones en que se desenvolverán los contratos de salud entre privados, y regular la forma en que las personas ejercerán el dominio sobre sus bienes o derechos, consagrando las limitaciones y obligaciones que la función social aconseje imponer. En todo caso, desde que se ha anunciado un recurso ante el Tribunal Constitucional, dicho órgano jurisdiccional aparece como el escenario más apropiado para dilucidar estas cuestiones, concluyó.

El **señor Ministro de Salud** destacó que las inquietudes planteadas por los señores Senadores recaen precisamente en los temas que generan mayor controversia y que están siendo analizados en profundidad al interior de su equipo técnico. Recordó que, con la finalidad de facilitar la formación de acuerdos políticos amplios, que hagan viable la Reforma, se trasladó el Título relativo a la Superintendencia de Salud al proyecto sobre Autoridad Sanitaria y se ha suprimido de la presente iniciativa los Títulos relativos al Subsidio y al Fondo Maternal.

En primer término, expresó que no es posible reducir sólo a una cuestión de presupuesto decidir si se abordan o no ciertos desafíos, ya que también influyen poderosamente factores tales como el capital humano, la infraestructura y la tecnología disponibles. En ambos sectores existen recursos ociosos disponibles que deben aprovecharse; por ello, es previsible que ambos compren servicios al otro.

Existe la percepción de que los pacientes beneficiados con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud podrían postergar a otros. Sin embargo, hasta ahora sólo se han obtenido datos que confirman la tesis contraria.

El señor Ministro hizo presente que el tema de la gradualidad en la implantación del nuevo Régimen ha sido planteado al interior del Ejecutivo más de una vez, incluso por el Presidente de la República, y afirmó que este procedimiento debiera desincentivar una migración masiva desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud. Por lo demás, recordó que son numerosos los afiliados a las mencionadas Instituciones que se atienden en los establecimientos del sistema público. En los análisis predictivos hechos por el Ejecutivo se concluye que la Prima Universal que financiará las Garantías Explícitas debiera influir a la baja en los precios de los contratos de salud del sector privado.

En cuanto al riesgo de dar a la atención de las patologías cubiertas por el Régimen el carácter de derechos, reclamables incluso judicialmente, el señor Ministro señaló que eso se mitigará mediante un diseño apropiado. Los riesgos no se concentrarán, recargando uno de los sistemas, si el gasto se focaliza sobre la base de evidencia médica, las

INFORME COMISION SALUD

prestaciones se basan en protocolos detallados y se pone el acento en la prevención y en el diagnóstico oportuno.

Por todo lo expuesto, se ha rediseñado y está en aplicación un sistema de monitoreo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud y de seguimiento de pacientes, porque esta es una herramienta fundamental para afianzar el éxito de dicho Régimen.

Frente a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto al procedimiento para exigir las garantías, el Ejecutivo expuso que, en primera instancia, se hará ante el Fondo Nacional de Salud o la respectiva Institución de Salud Previsional, según corresponda; si en dichas sedes no se resuelve, o la parte afectada no se conforma con lo resuelto, el asunto pasará a la Superintendencia, que lo zanjará mediante arbitraje o por resolución administrativa; siempre queda abierta la posibilidad de ocurrir ante la justicia, vía recurso de protección o demandando indemnización de perjuicios.

Enfatizó que el proyecto en particular, y la Reforma de la Salud, en general, constituyen una transformación profunda en el plano sanitario, que requieren cambios en los roles y actitudes de quienes intervienen en ella, sea como reguladores, como prestadores o como receptores de los servicios. De allí, entonces, que se haya intentado dotarla de un marco valórico caracterizado por la transparencia, la certidumbre y la solidaridad. El desarrollo de Chile en lo cultural, lo social y lo profesional permite pensar en un salto cualitativo en salud, tal como se hizo a mediados del siglo pasado.

El señor Ministro fue categórico al declarar que el Ejecutivo no es partidario de otorgar en salud un subsidio portable a la demanda, porque hay evidencia que demuestra que el costo individual del seguro, y el de las prestaciones, es mayor en el sistema privado, para resultados similares. Lo cual no obsta, aclaró, a que cada persona, en ejercicio legítimo del derecho que la Carta Fundamental le reconoce, elija libremente a cuál sistema desea adherir.

Respecto de las dudas de constitucionalidad surgidas en el curso del debate, en lo que se refiere al Fondo de Compensación Solidario, manifestó que las opiniones de expertos consultados por el Ejecutivo discurren en sentido contrario. Analistas del sistema sanitario chileno señalan como un defecto grave la ausencia de solidaridad. El Fondo está concebido para permitir flujos de dinero en ambos sentidos, porque la solidaridad opera hacia donde se produzcan mayores riesgos, sin atender otra consideración. Advirtió que falta equidad en un sistema que expulsa hacia el sector público de salud, vía aumentos en los precios, a los adherentes que gastan más y a quienes aportan menos. Destacó que el proyecto propone un límite de 20% al

INFORME COMISION SALUD

copago de prestaciones dotadas de Garantías Explícitas, en tanto que el copago promedio en el sector privado es actualmente de 31%.

Finalmente, si hay estudios y argumentos en sentido contrario, solicitó que sean puestos a disposición de quienes participan en el debate, para discutir acerca de ellos.

Atendidas las dudas, prevenciones y reparos surgidos en el curso del debate, la Comisión decidió solicitar a la sala autorización para examinar también en particular el proyecto de ley, de modo de alcanzar un consenso sobre sus contenidos que hiciera factible la aprobación en general. Como se dijo al comienzo, el Senado accedió a la petición, en vista de lo cual se acometió la tarea de analizar la iniciativa en sus detalles.

- - - - -

*DISCUSIÓN EN PARTICULAR***Artículo 1°**

Este artículo encabeza el Párrafo 1º, "Disposiciones Generales", del Título I, "Del Régimen de Garantías en Salud".

Su inciso primero consagra positivamente la regulación del Régimen de Garantías de Salud como objetivo del cuerpo normativo propuesto por el proyecto en informe.

A su turno, el inciso segundo explicita que dicho Régimen de Garantías constituye parte integrante del Régimen de Prestaciones en Salud definido por el artículo 4º de la ley N° 18.469, así como de las prestaciones debidas a los afiliados al sistema de Instituciones de Salud Previsional. La norma agrega que el Régimen de Garantías en comento, sumado a las acciones de salud pública, conforman el denominado "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas".

El Honorable Senador señor Viera-Gallo advirtió que el texto induce a confundir los conceptos de "régimen" y "sistema", a la vez que denomina "régimen", tanto a la regulación de las Garantías Explícitas en salud como al conjunto de prestaciones de salud establecido por la ley N° 18.469. Al efecto, precisó que las Garantías Explícitas tienen un carácter específico y, en cambio, el régimen aplicable a los cotizantes del Fondo Nacional de Salud, tiene alcance general respecto de los afiliados al sistema público.

INFORME COMISION SALUD

La Comisión convino en eliminar el primer inciso, por estimarlo innecesario. Respecto del segundo, considerando las prevenciones efectuadas por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, acordó precisar su redacción, reemplazando la alusión al Régimen de Garantías en Salud por otra a las Garantías Explícitas.

-El artículo fue aprobado, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 2°

Define el Régimen de Garantías en Salud. Al efecto, señala que se trata de un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

El Ejecutivo, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso eliminar la frase que sigue a continuación de "Plan Nacional de Salud". Fundó dicha proposición en que el mencionado Plan se encuentra definido en la ley N° 19.337, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, siendo innecesario hacerlo nuevamente.

La Comisión concordó con el planteamiento anterior, sin embargo, estimó conveniente mantener la referencia a los "recursos de que disponga el país".

-El artículo y la indicación fueron aprobados, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El Presidente de la República, con fecha 6 de enero de 2004, formuló una nueva indicación al texto del artículo 2°, con el fin de reemplazar la frase "conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país" por la siguiente, precedida por un punto seguido: "Establecerá Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, cuyo propósito es mejorar el estado de salud de la población, actuando sobre las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad, mediante la realización de acciones de salud con demostrado efecto en la prevención de las enfermedades, la mejoría de la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados."

INFORME COMISION SALUD

La Comisión acordó el rechazo de la indicación en comento, por considerar que la redacción ya aprobada es más clara y precisa que la que se propone en esta oportunidad.

-En atención a lo expuesto, la indicación fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 3°

El primer inciso dispone que el Régimen de Garantías en Salud deberá definir un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud, así como las prestaciones de salud asociadas a éstas, que contarán con Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de las referidas prestaciones. Esta norma, además, impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional el deber de asegurar dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

El inciso segundo prescribe que, con el fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario ejercicio de las acciones de salud, el Ministerio de Salud deberá determinar las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se concedan a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que no se encuentren comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud. El mismo inciso agrega que, en lo referente a oportunidad, las citadas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para la concreción de las prestaciones, considerando los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que en el sector privado la garantía de oportunidad en la atención es una condición cumplida. De modo que el texto debe entenderse en el sentido de que habrá un conjunto de enfermedades y condiciones de salud que gozará de cuatro garantías y otro de tres.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, señor Andrés Tagle, manifestó que, en el caso de esas Instituciones, la ley respectiva, N° 18.933, no hace referencia a "prestaciones", sino que éstas se pormenorizan en los contratos de salud que se celebran con los cotizantes.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que lo que se debe asegurar es que esas diferencias no sean arbitrarias, sino que respondan a criterios generales preestablecidos. En definitiva, dijo, preparar e

INFORME COMISION SALUD

implantar el conjunto de enfermedades y condiciones de salud que gozarán de Garantías Explícitas será labor del Gobierno, con la asesoría del Consejo Consultivo.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina indicó que, tras las críticas iniciales al proyecto AUGÉ, el Ejecutivo adoptó la decisión política de modificar su óptica y plantear que todas las enfermedades tienen un grado mayor o menor de priorización, según se incluyan o no en el decreto respectivo, pero todas, a la postre, están aseguradas.

Agregó que, en un país en desarrollo, como el nuestro, para garantizar la atención y tratamiento de ciertas enfermedades se debe priorizar sobre la base de criterios de política sanitaria, lo que es realista y apunta en la dirección correcta.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger coincidió con el planteamiento anterior y agregó que se pretende garantizar un plan de salud, asegurando algunas prestaciones de una forma y otras de manera más profunda.

Añadió que, actualmente, existe un sistema de prioridades sanitarias implícitas, pero establecidas en cada caso por los médicos. En atención a lo anterior, agregó, el primer esfuerzo es definir, sincerar y coordinar las prioridades sanitarias. Indicó que siendo obvia la imposibilidad de otorgar a todo la misma prelación, es necesario establecer un marco de precedencias sanitarias y definir ciertas garantías, que se hacen explícitas con el fin de generar derechos exigibles por parte de los interesados.

La Comisión coincidió en la conveniencia de precisar los términos de este artículo, para despejar los reparos que él suscita.

Con fecha 15 de diciembre de 2003, el Presidente de la República formuló indicación a este artículo y propuso reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

"Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones

INFORME COMISION SALUD

asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la prima universal para efectos de compensación a que se refiere el Título III de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior, podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Isapres, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley 18.933.”.

El señor Ministro de Salud indicó que, considerando las inquietudes que se han generado frente a la instauración de una posible asimetría entre las prestaciones garantizadas explícitamente y aquellas que no lo están, se ha intentado evitar las distinciones y regular el régimen de salud en su integridad.

Explicó que los incisos primero y cuarto del nuevo texto propuesto para el artículo 3° aluden a un Régimen de Garantías en Salud de carácter general, que abarca todas las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas que el Fondo Nacional de Salud debe brindar a sus cotizantes y beneficiarios.

Luego, el inciso segundo, señala que algunas de esas enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas gozarán de ciertas Garantías Explícitas, que estarán obligados a asegurar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, a todos sus usuarios.

INFORME COMISION SALUD

El inciso tercero, aclara que no todo va a ser asegurado de igual manera, sino que podrán existir diferentes grados de protección, para distintas patologías y para distintos grupos de la población, sin discriminar entre los sectores público y privado.

Por último, el inciso final establece que, en materia de garantías de cobertura y protección financiera, las Instituciones de Salud Previsional tendrán que otorgar, como mínimo, lo que el Fondo Nacional de Salud asegura en la modalidad de libre elección.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide dejó constancia de que la concepción inicial del Régimen de Garantías Explícitas en Salud hacía posible que las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones no incluidas en ellas pudieran ser descuidadas y que la nueva propuesta se encamina en la dirección correcta, en el sentido de que aminora la brecha. Aclaró que el sistema quedará configurado por las acciones de salud pública, las Garantías Explícitas y las demás enfermedades, condiciones y prestaciones, que también serán objeto de la preocupación y la actividad del Estado, en un régimen diferente al explícitamente garantizado.

-La indicación fue aprobada, con modificaciones formales y de referencia, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículos 4° y 5°**(Pasan a ser artículo 4°)**

El inciso primero del artículo 4° dispone que el Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados estándares de oportunidad, protección financiera y calidad. Lo anterior, sin perjuicio del acceso a las restantes prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

El resto de la disposición en comento señala la forma de definir cada una de las garantías asociadas a las prestaciones aseguradas por el sistema.

Es así como, el inciso segundo, precisa que la "oportunidad" a la que alude el inciso precedente habrá de definirse conforme a parámetros y criterios clínicos de aceptación general y cuyo cumplimiento sea posible.

En la misma línea, el inciso tercero se refiere a la "calidad". Al efecto, señala que los estándares que la miden deberán

INFORME COMISION SALUD

considerar conocimientos basados en la experiencia científica existente respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y, además, deberán determinar las condiciones de otorgamiento de éstas.

El inciso cuarto agrega que la "protección financiera" deberá considerar, al menos, la condición socioeconómica del beneficiario, tipo de enfermedad o condición de salud, costo e impacto sanitario.

El inciso final eleva las garantías a la categoría de derechos exigibles por los beneficiarios, haciéndose presente que, respecto de estos últimos, no debe diferenciarse entre quienes tengan tal calidad por obra de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Enseguida, el artículo 5° aprobado por la Honorable Cámara de Diputados, consagra la definición, para los efectos de esta ley, de "acceso", "calidad", "oportunidad" y "protección financiera".

La garantía de acceso se refiere al derecho a recibir las prestaciones de salud; la de calidad, al estándar que ellas deben cumplir y a las condiciones de otorgamiento de las mismas; la de oportunidad, al plazo máximo en que deben otorgarse, y la de protección financiera, a la proporción en que los aseguradores deben concurrir a financiarlas. Todo lo anterior, en la forma y condiciones que establezca el Régimen de Garantías en Salud.

Destacó la Honorable Senadora señora Matthei que la única garantía que pesa como obligación sobre los aseguradores es la de protección financiera, ya que las otras recaen sobre los prestadores.

El señor Ministro de Salud aclaró que habrá que modificar estos preceptos, pues es indispensable que los aseguradores cuenten con redes de prestadores que doten de eficacia a las garantías de acceso, calidad y oportunidad.

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, formuló indicación a estos artículos, proponiendo su reemplazo y fusión en otro, del siguiente tenor:

"Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

INFORME COMISION SALUD

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado en la Superintendencia de Salud.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero, salvo fuerza mayor, caso fortuito o por causa imputable al beneficiario; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud garantizadas, la que quedará determinada por la contribución máxima que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale. Asimismo, se podrá establecer un monto máximo a la suma de los pagos que efectúe el afiliado en un periodo determinado.

Con todo, para los efectos previstos en el inciso cuarto del artículo anterior, las normas de acceso, calidad y oportunidad se referirán a la forma y condiciones en que se otorgarán dichas prestaciones, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que la norma que enuncia el contenido de la garantía de oportunidad parece sólo aplicable en las grandes ciudades, porque en localidades pequeñas o apartadas no hay suficientes prestadores. Sobre el mismo particular, advirtió que debiera consagrarse un recurso para reclamar por la falta de oportunidad antes autoridades o entidades que sean efectivamente cercanas a los usuarios.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó si la garantía de protección financiera en lugar de estar asociada al ingreso, no debiera estarlo a las enfermedades y condiciones de salud.

El Honorable Senador señor Espina advirtió que la publicidad del AUGE pregonaba que el copago de los usuarios no excedería el 20% del valor de la prestación, aspecto tan relevante que debe ser consagrado en la ley.

INFORME COMISION SALUD

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional expresó que la vinculación del copago con el ingreso es muy importante para el control de los costos del sistema. De otro modo, se incentiva una demanda excesiva de los grupos socioeconómicos medio y alto. Recordó que, cuando se superan ciertos niveles de gasto, opera el seguro para enfermedades de costo catastrófico.

El doctor Hernán Sandoval explicó que, en el sector público, el copago varía en función de la cotización y ésta, a su vez, depende del nivel de ingreso. Además, opera conjuntamente un tope máximo de copago, también asociado al ingreso.

Con fecha 30 de marzo, el Ejecutivo formuló una nueva indicación, destinada a reemplazar la letra d) del artículo 4º, en comento, por la siguiente:

“d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. Con todo, se podrá establecer un monto máximo a la suma de los pagos que efectúe el afiliado en un período determinado, en función de su cotización o de su ingreso mensual o el de su grupo familiar y del número de beneficiarios que de él dependan, y un mínimo absoluto, que podrá expresarse en número de salarios mínimos.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el inciso anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo a las normas establecidas en el título IV de la ley N° 18.469.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional podrán pactar con sus afiliados mejores condiciones en sus contratos.”.

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó que no corresponde hacer referencia al ingreso familiar porque, si hay otras personas del grupo que tienen entradas, ellas están obligadas a cotizar separadamente. La ley debiera, en todo caso, fijar el mínimo absoluto de esta obligación de los beneficiarios.

Respondiendo a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo, el abogado del Ministerio de Salud, señor Andrés Romero, aclaró que el proyecto en informe no altera en lo más mínimo la protección financiera que la ley del Fondo Nacional de Salud otorga a los indigentes y a las personas de escasos recursos clasificadas en los grupos A y B del artículo

INFORME COMISION SALUD

29 de la ley N° 18.469. Ello queda reafirmado, añadió, por el artículo 30 bis, nuevo, que este proyecto agrega al cuerpo legal recién citado¹.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide coincidió con lo anterior, puntualizando que, en el caso de los indigentes y personas sin recursos la protección alcanza al 100% del valor de las prestaciones, y agregó que la filosofía del sistema en estudio supone que quienes tengan medios paguen, en la medida posible, porque tampoco se puede dejar de tratar una patología porque no hay recursos.

La asesora del Ministerio de Hacienda, señora Consuelo Espinosa, explicó que el literal en estudio fija un límite máximo, que es el 20%. Dentro de ese marco, el decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud determinará el copago de los usuarios, en cada oportunidad. Recordó que otras tres leyes han adoptado el modelo del ingreso familiar, cuales son, la que subvenciona deudas habitacionales, la que establece pensiones asistenciales de invalidez y la del crédito universitario.

El doctor Hernán Sandoval acotó que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud considera los medicamentos entre las prestaciones garantizadas, conforme a los protocolos respectivos.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional informó que el sistema privado opera con dos parámetros: el copago pactado en el contrato de salud y el límite fijado para que opere el seguro que cubre las enfermedades de costo catastrófico. Esto se traduce en que el afiliado, en definitiva, contribuye a financiar su gasto en salud con dos rentas, en un período bianual.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consideró excesivo exigir a las personas que destinen una parte tan significativa de su ingreso al gasto en salud y estimó que tal contribución no debería exceder de 10% de la renta anual. La ley deberá señalar montos mínimos y máximos y porcentajes que sean justos para las circunstancias actualmente vigentes en Chile, concluyó.

Desde otro punto de vista, el Honorable Senador señor Espina hizo presente que, salvo las excepciones que favorecen a indigentes y personas sin ingresos, siempre debiera haber copago, como un modo de desincentivar la demanda excesiva o injustificada que gravita sobre el sistema sanitario.

El párrafo final de la letra d) propuesta fue eliminado por innecesario. Además, atendidas las variadas dudas puestas en evidencia en

¹ Corresponde al número 5 del artículo 35 del proyecto propuesto al final.

INFORME COMISION SALUD

el curso del debate, se suprimió la oración final del primer párrafo, relativa a mínimo y máximo de los copagos, para analizar y resolver este punto con mayor detención, en el segundo informe.

Párrafo 2º

De la Elaboración del Régimen de Garantías en salud.

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso modificar la denominación original del Párrafo 2º y designarlo en lo sucesivo como "De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud".

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículos 6º y 7º**(Pasan a ser artículos 5º al 13)**

El artículo 6º entrega al Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, la elaboración y revisión del Régimen de Garantías en Salud, el cual deberá ser aprobado por decreto supremo del mismo Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo agrega que el Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, deberá fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que sean necesarias para la ejecución y cumplimiento del Régimen.

El inciso tercero dispone que un reglamento determinará el procedimiento de elaboración del Régimen e indica las etapas mínimas que deberá cumplir.

El inciso cuarto añade que dicho reglamento también deberá considerar la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud, la Prima Universal, un índice de siniestralidad y un modelo de compensación de riesgos que considere, al menos, las variables sexo y edad. Los cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Finalmente, el inciso quinto dispone que, teniendo en cuenta los cálculos previamente aludidos, un decreto conjunto de los Ministerios de Salud y de

INFORME COMISION SALUD

Hacienda determinará el valor de la Prima Universal y un modelo de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Enseguida, el artículo 7º asigna al Ministerio de Salud la función de elaborar la propuesta del Régimen de Garantías en Salud -que será sometida a la opinión del Consejo Consultivo- y le impone la obligación de considerar en tal cometido la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria nacional, presente y futura; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de salud Previsional; el costo asociado a este proceso; su sustentabilidad financiera, y los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

El Presidente de la República formuló dos indicaciones, una de fecha 30 de marzo y otra, que reemplaza en parte la anterior, de 5 de abril de 2004, que inciden en estos artículos, para reemplazarlos por los que se describen a continuación, respecto de los cuales se consignará el debate y decisión de la Comisión.

El artículo 5º propuesto por la indicación presidencial entrega la elaboración del Régimen de Garantías en Salud al Ministerio de Salud, precisando que, para ello, deberá actuar de acuerdo con el procedimiento establecido en la presente ley y su reglamento. La disposición agrega que el Régimen deberá ser sancionado por decreto supremo del mismo Ministerio, suscrito también por el Ministro de Hacienda.

-La indicación fue aprobada, con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 6º propuesto por la indicación impone al Ministerio de Hacienda, en la etapa inicial del proceso de definición del conjunto priorizado con Garantías Explícitas, la determinación del marco presupuestario para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud, y el valor de la Prima Universal al cual deberá ajustarse.

La Comisión aprobó la indicación, con modificaciones, en los siguientes términos:

“Artículo 6º.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.”.

INFORME COMISION SALUD

Además de mejorar la redacción de la disposición, se precisa que el conjunto priorizado al que alude la propuesta del Ejecutivo se refiere al conjunto de enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas a las mismas que se encuentran garantizadas en forma explícita.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 7º propuesto por la indicación del Ejecutivo, es del siguiente tenor:

“Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de enfermedades y problemas de salud con Garantías Explícitas a incorporar al régimen considerará el desarrollo de estudios con el objeto de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud y las preferencias sociales de la población chilena, como asimismo la efectividad de las intervenciones y, cuando sea posible, su costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas y estudios cualitativos sobre las preferencias sociales, de demanda potencial, y de la capacidad de oferta del sistema de salud chileno.”.

La Comisión acordó acoger la propuesta formulada por el Presidente de la República, corrigiendo su redacción, en aras de una mayor claridad y precisión. Asimismo, convino en eliminar las frases que hacen referencia a “las preferencias sociales de la población chilena” y a los estudios cualitativos relativos a dichas preferencias, por las dificultades envueltas en dar un contenido preciso a las mismas, e incorporar leal concepto de que las intervenciones deben contribuir a extender la vida de las personas o a mejorar su calidad, entre los elementos que deben considerarse para elaborar el listado al que se refiere la norma en análisis.

En consecuencia, la disposición en análisis fue aprobada en los siguientes términos:

“Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

INFORME COMISION SALUD

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.”.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 8º propuesto por la indicación, en su inciso primero, dispone que, teniendo en cuenta los estudios señalados por el artículo precedente, se seleccionará un conjunto de enfermedades y problemas de salud susceptibles de ser incorporados al Régimen de Garantías Explícitas. La norma agrega que, con posterioridad, se investigarán las intervenciones destinadas a prevenir, tratar o rehabilitar el daño causado por dichas patologías, debiendo considerar la experiencia y la evidencia científica, tanto nacional como extranjera.

El inciso segundo agrega que se elaborará un listado de patologías con las intervenciones pertinentes, ordenadas conforme al grado de evidencia sobre el beneficio de tales intervenciones, descartándose aquellas en que no aparezca fundamentado que las intervenciones disponibles se traducirán en un beneficio para la sobrevida o la calidad de vida de los afectados.

Finalmente, el inciso tercero dispone que se deberá estimar el costo de incorporar las intervenciones al Régimen, señalando que, para ello, se evaluará el conjunto de intervenciones seleccionadas, se analizará la capacidad de oferta de los sectores público y privado y se estimará la demanda potencial de dichas intervenciones, incluyendo la cuantificación de posibles listas de espera.

El artículo 9º, en su inciso único, dispone que, teniendo como base toda la información señalada en el artículo anterior, se elaborará una propuesta de listado jerarquizado de problemas de salud con sus intervenciones. Dicho listado deberá indicar las variables consideradas en la priorización y el mecanismo utilizado para efectuar la asignación de prioridades. A lo anterior se adjuntará un expediente de cada uno de los problemas de salud incorporados, en el cual figuren todos los antecedentes recogidos durante la investigación.

La Comisión acordó recoger las ideas centrales de ambas normas y refundirlas en una única disposición, en los siguientes términos:

“Artículo 8º.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevida o la calidad

INFORME COMISION SALUD

de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.”.

-La indicación del Ejecutivo fue aprobada, en la forma recién consignada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La indicación formulada por el Presidente de la República, propone como artículo 10 una norma que, en su inciso primero, establece que deberá convocarse a un estudio, dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud, destinado a certificar el costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con Garantías Explícitas.

El inciso segundo agrega que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional participarán en el proceso, en la forma y condiciones que disponga esta ley y el reglamento, debiendo proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones en que la requiera el Ministerio de Salud.

La Comisión acogió el artículo propuesto y acordó reemplazar la alusión a un “proceso de certificación del costo”, por otra a un “proceso de verificación” del mismo, por considerar que se trata de términos más apropiados para precisar el sentido y alcance de la disposición en análisis.

Cabe señalar que, como consecuencia de las modificaciones sufridas por el articulado, la presente norma se consultará como artículo 9º.

-La indicación fue aprobada, con la modificación señalada y otras correcciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 11 propuesto por la indicación del Presidente de la República, en su inciso primero, señala que, con el fin de efectuar el estudio mencionado en el artículo precedente, el Ministerio de Salud convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales. Dicha convocatoria se realizará a través de resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplia circulación nacional e internacional y se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, en lo no regulado por ella, por lo dispuesto en la ley N° 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

El inciso segundo precisa los elementos que las bases administrativas y técnicas deberán considerar.

INFORME COMISION SALUD

Como consecuencia de las modificaciones sufridas por el texto, esta disposición será consultada como artículo 10.

-La indicación fue aprobada, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 12 propuesto por el Presidente de la República mediante su indicación de 5 de abril de 2004, impone a los Ministerios de Salud y de Hacienda la obligación de realizar una propuesta que considere los resultados del estudio, la que se someterá a la consideración del Consejo Consultivo, que se crea más adelante.

La Comisión acordó acoger la indicación con modificaciones, agregando que, una vez cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el que le sigue, los Ministros de Salud y de Hacienda deberán proceder a dictar el decreto que aprueba el Régimen de Garantías en Salud, al que alude el artículo 5º de este proyecto.

Esta disposición será consultada como artículo 11, como consecuencia de las modificaciones sufridas por el texto.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones explicadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Acto seguido, se consideraron los artículos propuestos como 21 y 22 en la indicación presidencial de 30 de marzo.

El artículo 21 establece un límite a las modificaciones que experimente el valor de la Prima Universal, resultantes de variaciones en el Régimen de Garantías en Salud.

Sobre este particular, la norma señala que las modificaciones a la Prima Universal no podrán exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga el Régimen o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Como consecuencia de las enmiendas introducidas al texto, la Comisión acordó incorporar la presente norma como artículo 12, ajustando, cuando corresponda, su texto a la nomenclatura uniforme adoptada, en el sentido de referirse a la Garantías Explícitas en Salud, en lugar

INFORME COMISION SALUD

de aludir al Régimen de Garantías en Salud, que comprende otros elementos adicionales.

-La indicación fue aprobada, con los cambios señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El inciso primero del artículo 22 propuesto por la indicación del Presidente de la República, impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de informar a la Superintendencia de Salud, en forma periódica, los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen.

Su inciso segundo agrega que dicha información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

La Comisión acogió la indicación, modificando el artículo exclusivamente en cuanto reunió ambos incisos en uno solo. Convino, además, en consultar esta disposición como artículo 13.

-La indicación del Ejecutivo fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Párrafo 3º

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso el reemplazo del epígrafe anterior, por el siguiente: "Del Consejo Consultivo".

-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 8º

(Pasa a ser artículo 14)

Crea el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud como un organismo de carácter técnico, asesor del Ministerio de Salud en todas las materias vinculadas al análisis, evaluación y revisión del Régimen.

INFORME COMISION SALUD

El Presidente de la República, con fecha 31 de diciembre de 2003, formuló indicación al presente artículo, proponiendo su reemplazo por el siguiente:

"Artículo ...- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, para lo cual deberá ser convocado en el último año de vigencia de éste."

La Comisión debatió sobre la conveniencia de establecer que el Consejo deba ser convocado en el curso del último año de vigencia del Régimen. Sus miembros coincidieron en que la convocatoria es una prerrogativa propia del Ministro de Salud, quien procederá a efectuarla en todos aquellos casos en que la ley requiera la intervención del Consejo o cuando el mismo Secretario de Estado lo estime necesario.

En atención a lo anterior, se acordó reemplazar la frase final, que sigue a la palabra "Salud", por un inciso segundo del siguiente tenor: "El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído."

Como consecuencia de las modificaciones introducidas en el texto, esta disposición será consultada como artículo 14

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 9°

(Pasa a ser artículo 15)

Regula la integración del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, las características, representatividad, duración en el cargo y proveniencia de sus miembros.

En efecto, el inciso primero dispone que el Consejo se integrará por nueve miembros de reconocida idoneidad en el ámbito de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo indica que los consejeros serán elegidos por el Presidente de la República, entre los candidatos que conformen la terna que al efecto proponga el Ministro de Salud. Dos de estos candidatos serán designados representando a sociedades científicas del área de la salud; dos deberán ser o representar a decanos de facultades de medicina de las

INFORME COMISION SALUD

universidades estatales o reconocidas por el Estado, y dos deberán ser o representar a decanos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

El inciso tercero señala que los consejeros no percibirán remuneración alguna por su desempeño y ejercerán el cargo por tres años, prorrogables por una única vez.

Finalmente, el inciso cuarto entrega la coordinación del funcionamiento del Consejo a un Secretario Ejecutivo, designado por el Ministro de Salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo recalcó la importancia del Consejo, considerando que dicho organismo es el encargado de asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, y postuló como alternativa que sus miembros sean elegidos por las entidades que representan, en lugar de ser designados por el Presidente de la República.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Espina, quien manifestó su inquietud por el hecho de que el Consejo esté integrado mayoritariamente por representantes del mundo académico, por lo que propuso incluir a personeros de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, así como de los Servicios de Salud, quienes podrán aportar una perspectiva basada en la experiencia.

El Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, doctor Hernán Sandoval indicó que, con ocasión del primer trámite constitucional, la Cámara de Diputados debatió el punto y optó por dar un cariz netamente técnico al Consejo, evitando que se integren al mismo representantes de grupos de interés y teniendo como referente ejemplar al Consejo Consultivo de la Comisión Nacional del Medio Ambiente.

El señor Ministro de Salud agregó que se resolvió integrar el Consejo con académicos de nota, respetados por sus pares y que aporten una visión técnica sin compromisos con grupos de interés. Hizo ver que, sin perjuicio de lo anterior, no se debe perder de vista que se trata de un organismo asesor y que las decisiones y, por consiguiente, las responsabilidades políticas, se radicarán en los Ministros de Salud y de Hacienda.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide concordó con lo expuesto por el señor Ministro y precisó que el Consejo debe mantenerse como una entidad netamente técnica, no requiere de presencias corporativas y debe centrarse en aportar una visión sanitaria para las

INFORME COMISION SALUD

decisiones que la autoridad está llamada a adoptar respecto de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Asimismo, concordó con el Honorable Senador señor Viera-Gallo, en cuanto a que debe potenciarse la autonomía del Consejo mediante la elección de sus miembros o su designación en forma independiente de la voluntad del Presidente de la República.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que, para un buen resultado, se requiere que este Consejo trabaje en forma intensa, por lo cual manifestó su preocupación por el hecho de que se trate de funciones no remuneradas y que se considere en su integración a decanos universitarios, quienes son personas muy ocupadas y con residencia en distintos puntos del país. Como alternativa propuso remunerar a los consejeros y ampliar el espectro de posibles candidatos, incluyendo a quienes, sin tener la calidad de decano, cuenten con la confianza de las facultades de medicina y economía que los designarían.

Con fecha 15 de diciembre de 2003, el Ejecutivo, recogiendo los planteamientos efectuados en el seno de la Comisión, formuló indicación para reemplazar el artículo en debate por otro del siguiente tenor:

"Artículo- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1) Dos representantes de sociedades científicas del área de la salud, elegidos por éstas conforme al reglamento.

2) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4) Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

INFORME COMISION SALUD

5) Dos miembros elegidos por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones con derecho a voz los Ministros y Subsecretarios que así lo estimen, o sus representantes.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”.

Posteriormente, con fecha 6 de enero de 2004, el Presidente de la República formuló otra indicación proponiendo, esta vez, una nueva redacción para la norma en comentario, la que innova respecto de la anterior en los siguientes aspectos:

-reemplaza a los dos representantes de sociedades científicas del área de la salud, por un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta, y

-aumenta a tres los miembros del Consejo elegidos por el Presidente de la República.

Al analizar las indicaciones, la Honorable Senadora señora Matthei propuso eliminarla alusión a la consideración que el Presidente debería tener respecto de la representación regional, para efectuar las designaciones que le competen. Sin embargo, desistió de ello al escuchar la explicación del señor Ministro sobre el particular, que invocó las diferentes realidades y perspectivas de las Regiones en relación con Santiago, en el ámbito del acceso a prestaciones de salud, que aconsejan incluir una disposición como la que se analiza.

INFORME COMISION SALUD

Enseguida, el señor Ministro explicó que se optó por reemplazar a los dos representantes de las sociedades científicas del área de la salud por uno de la Academia Chilena de Medicina, debido a que ésta última – además de ser un organismo establecido por ley- reúne a profesionales de la medicina de distintos ámbitos y especialidades, por lo que se la consideró más representativa de la comunidad científica nacional, en el campo de la salud.

La Comisión acordó aprobar la indicación del Ejecutivo, con las siguientes modificaciones:

-en el N°5) reemplazó la palabra “elegidos” por “designados”, considerando que dicho verbo es más adecuado a la naturaleza de las facultades que inviste el Presidente de la República, y

-en el inciso cuarto, acordó restringir el derecho de asistencia a las sesiones del Consejo, sólo a los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Finalmente, cabe hacer presente que este precepto será consultado como artículo 15.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas y otras de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículos 10 y 11

(que pasan a ser Artículo 16)

El inciso primero del artículo 10 impone al Consejo la obligación de emitir opinión fundada al Ministro de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud propuesto. El Ministro deberá considerar la opinión emitida por el Consejo y elaborar un informe fundado sobre el particular, que deberá enviar a aquél.

El inciso segundo agrega que, con el fin de cumplir con este cometido, el Consejo deberá contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio de Salud, sin perjuicio de lo cual se le faculta para solicitar, a través del mismo Ministerio, otros antecedentes complementarios.

Enseguida, el artículo 11 del texto aprobado por la Cámara de Diputados dispone que un reglamento regulará el funcionamiento del Consejo y el procedimiento de evaluación del Régimen de Garantías en Salud, señalando las materias mínimas que deberán ser reguladas.

INFORME COMISION SALUD

El Ejecutivo, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, refundió estos artículos y propuso reemplazarlos por el siguiente:

“Artículo ...- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta, debiendo consignar las opiniones de mayoría y minoría. Dicho informe será considerado por la autoridad en la definición final, debiendo remitir un informe fundado al Consejo.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta de acuerdo al marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo, el quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.”.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Posteriormente, el Presidente de la República formuló, con fecha 6 de enero, una nueva indicación, destinada a reemplazar el inciso primero por el siguiente:

“Artículo ...- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta, la que será considerada por la autoridad en la definición final.”.

La Comisión acordó acogerla, reemplazando la frase que sigue a continuación de la palabra “propuesta”, por la frase “a que se refiere el artículo 11”. Se adoptó esta decisión considerando que la redacción

INFORME COMISION SALUD

de la frase reemplazada inducía a error, por cuanto podía estimarse que la autoridad debe considerar obligatoriamente la opinión del Consejo, en circunstancias que ella no es vinculante para el Ministro de Salud.

Asimismo, convino en agregar un inciso segundo, nuevo, que dispone que el Consejo dará su opinión respecto de todas las materias en que sea requerido por el Ministro.

Cabe señalar que, considerando las modificaciones sufridas por el texto del proyecto, esta disposición será consultada como artículo 16.

-En consecuencia, la indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Páez y Viera-Gallo.

Párrafo 4º

De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar el epígrafe de este Párrafo por el siguiente: "De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud."

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículo 12

(Pasa a ser artículo 17)

El inciso primero establece que deberá hacerse una revisión periódica del Régimen, cada tres años. Excepcionalmente, y por circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes del referido plazo.

El inciso segundo señala que las modificaciones incorporarán gradualmente los problemas sanitarios priorizados, para entrar en vigor, por regla general, después de sesenta días, contados desde la publicación del decreto respectivo.

El inciso final dispone la prórroga del Régimen aprobado que no sufra modificaciones dentro del plazo contemplado por el inciso primero.

INFORME COMISION SALUD

El Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, formuló indicación destinada a reemplazar este artículo por el siguiente:

“Artículo- Las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y sus posteriores modificaciones, entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial y no podrán afectar los derechos que establece esta ley. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en el párrafo 2º y 3º de este título.”.

El señor Ministro de Salud informó que el inciso primero contempla un plazo de seis meses para la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, debido a que las normas de adecuación de los contratos del sistema privado están siendo incorporadas en la modificación de la ley de Instituciones de Salud Previsional.

La Comisión, estimando que la frase “y no podrán afectar los derechos que establece esta ley” resulta innecesaria, acordó eliminarla.

Asimismo, acordó reemplazar, en el inciso tercero, la referencia a las “circunstancias calificadas”, que pueden dar lugar a la modificación anticipada del Régimen de Garantías en Salud, por otra, que alude a “circunstancias especiales”.

Cabe consignar que, como consecuencia de las decisiones adoptadas por la Comisión, la presente disposición será consultada como artículo 17.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

INFORME COMISION SALUD

Párrafo 5º

De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar el epígrafe de este Párrafo por el siguiente: "De la Obligatoriedad en el Otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud".

La Comisión, considerando que la proposición aporta claridad y precisión al texto del proyecto, aprobó la indicación.

-La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículo 13

(Pasa a ser artículos 18 y 19)

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de dar cumplimiento a las garantías otorgadas por el Régimen regulado por el presente proyecto, respecto de sus propios beneficiarios.

El inciso segundo agrega que los prestadores de salud deberán encontrarse acreditados ante la autoridad sanitaria y cumplir las normas, estándares de calidad y guías técnicas y administrativas definidas por la autoridad para el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso tercero indica que la autoridad sanitaria asegurará a los prestadores acreditados la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud y del Régimen de Prestaciones regulado por la ley N° 18.469.

El inciso final establece que, para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, quienes tengan la calidad de beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la red asistencial que les corresponda, en el nivel de atención primaria, a menos que se trate de un caso de emergencia, certificado como tal, en que podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. Por último, el mismo inciso define la Red Asistencial como el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que hayan suscrito convenios para otorgar el Régimen de Garantías en Salud .

El Presidente de la República, a través de su indicación sustitutiva de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar esta disposición por las siguientes:

INFORME COMISION SALUD

“Artículo- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5° señalará el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”

“Artículo- Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por el profesional de la salud correspondiente y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial y en el nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las garantías explícitas. La atención de las personas que se refiere este inciso no podrá significar postergación o menoscabo de la atención de los beneficiarios que han ingresado a la Red Asistencial conforme lo establecido en el inciso precedente.

Los prestadores señalados en el inciso anterior deberán informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente y las demás obligaciones y normas que deben cumplir para que sean aceptados en la red, conforme lo establezca el reglamento. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.”

INFORME COMISION SALUD

Tras analizar la primera de las disposiciones propuestas, la Comisión estuvo de acuerdo con su texto y, con el propósito de precisar su alcance, acordó reemplazar, en el inciso primero, la palabra "señalará" por la frase "indicará, para cada patología," , lo que se traduce en que el decreto supremo que apruebe el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, deberá definir, respecto de cada patología, el momento desde el cual ellas podrán exigirse.

Frente a una consulta efectuada por la Honorable Senadora señora Matthei, en relación con el inciso segundo, el Ejecutivo precisó que la referencia al contrato respectivo, como fuente de excepciones a la regla general en virtud de la cual las prestaciones se otorgarán solamente en establecimientos situados en Chile, se efectúa debido a que algunas Instituciones de Salud Previsional tienen convenios internacionales y, si no se contemplara una excepción a este respecto, podría interpretarse que se prohíbe el ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes para fijar las cláusulas contractuales que las vinculan.

Como forma de evitar posibles confusiones sobre la materia, la Comisión convino en dejar **constancia** de que las prestaciones deberán efectuarse en territorio nacional, sin perjuicio de que puedan otorgarse en el extranjero, si así las partes lo han acordado en forma expresa.

-La Comisión aprobó la indicación, con la modificación previamente señalada indicada y otras de orden formal, incluyéndola como artículo 18, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Enseguida, se analizó el segundo de los artículos propuestos por la indicación del Ejecutivo, en relación con la materia.

Respecto del inciso primero, el Honorable Senador señor Espina hizo presente que la redacción propuesta puede interpretarse como que, en caso de emergencia, deberá contarse con un certificado previo, lo que no guarda relación con la premura impuesta por la propia emergencia.

Sobre el particular, la Comisión acordó reemplazar la frase "casos de urgencia o emergencia debidamente certificados", por "casos de urgencia o emergencia certificados oportunamente". Asimismo, se precisó que la referida certificación deberá ser efectuada por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo. Finalmente, se resolvió eliminar la frase alusiva al ingreso en cualquier nivel de complejidad, por superflua.

El inciso segundo dispone que será el reglamento el encargado de determinar la forma y condiciones en que los prestadores de salud privados que hubieran celebrado convenios con el Fondo Nacional de

INFORME COMISION SALUD

Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a los pacientes a los cuales hayan confirmado el diagnóstico de alguna de las patologías garantizadas.

Se acordó eliminar la oración final del inciso, que alude a que la atención de las personas beneficiarias de la ley N° 18.469, derivadas por los prestadores de salud independientes, no podrá traducirse en la postergación o menoscabo de la atención de quienes han ingresado a la Red Asistencial a través de la atención primaria.

Por último, el inciso final impone a los médicos la obligación de informar a sus pacientes beneficiarios de la ley N° 18.469, que se les ha confirmado el diagnóstico de una enfermedad o condición de salud garantizada explícitamente, correspondiéndole al Fondo Nacional de Salud la fiscalización del cumplimiento de esta obligación.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de consagrar esta disposición en términos generales, toda vez que resulta esencial para el paciente, tanto del sistema público como del privado, saber que se le ha diagnosticado una enfermedad o condición de salud garantizada explícitamente, porque sólo podrá gozar del beneficio en cuanto cumpla con determinadas condiciones.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional expresó que la misma situación se produce respecto de los pacientes del sistema privado, ya que, para gozar de las Garantías Explícitas, deberán saber que les corresponde un derecho cuyo ejercicio importa cumplir ciertas condiciones y que tiene consecuencias respecto de su plan de salud.

Considerando lo expuesto, la Comisión se inclinó inicialmente por contemplar este inciso final como un artículo separado, de alcance general, de modo de consagrar la obligación médica de informar al paciente que se encuentra en alguna de las situaciones previstas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, sin distinguir si se trata de beneficiarios del sistema público de salud o de afiliados a una Institución de Salud Previsional.

-La indicación fue acogida, consultándose en principio la disposición como artículo aparte, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Con fecha 6 de enero de 2004, el Presidente de la República formuló indicación al artículo en comento, con el fin de cumplir a cabalidad el acuerdo previamente alcanzado por la Comisión respecto de la obligación de los prestadores de salud de informar a sus pacientes cuando se

INFORME COMISION SALUD

les confirme el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud que gozan de Garantías Explícitas. La nueva redacción incorpora a los afiliados al sistema privado de salud.

La proposición del Ejecutivo es del siguiente tenor:

"Artículo- Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el Reglamento."

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó su inquietud debido a que la norma en cuestión no precisa el momento a partir del cual se hace exigible el deber de informar.

El Honorable Senador señor Espina, por su parte, hizo presente los inconvenientes jurídicos resultantes de esta imprecisión, señalando que, al no indicarse el momento desde el cual se hace exigible el deber de informar, el médico podría dilatar este aviso y avanzar en el tratamiento de un paciente que podría obtener las mismas prestaciones a un valor inferior, por encontrarse cubierta su dolencia por las Garantías Explícitas, lo que se traduce en un perjuicio pecuniario para el paciente.

Tras debatir el punto, la Comisión coincidió en que el momento se encuentra definido en el inciso primero del artículo anterior –que pasa a ser artículo 18-- el cual, tras señalar que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas que contemple el Régimen que regula esta ley, agrega que el decreto supremo señalado en el artículo 5° indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a ellas.

En consecuencia, la obligación de dar aviso surge cuando el paciente comienza a estar cubierto por las Garantías Explícitas, momento definido por decreto supremo, respecto de cada patología, como lo indica el citado artículo. Los representantes del Ejecutivo puntualizaron que cada protocolo de tratamiento de las diferentes enfermedades indicará con precisión el momento en que surge el derecho a las Garantías Explícitas.

Considerando lo expuesto, la Comisión acordó incluir esta disposición como inciso segundo del artículo 18, en los siguientes términos:

"Cumpliéndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N°

INFORME COMISION SALUD

18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.”.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Honorable Senador señor Espina expresó su preocupación por el hecho de que la nueva indicación del Ejecutivo, además de dar alcance general al precepto sobre notificación, elimina la atribución originalmente concedida al Fondo Nacional de Salud para fiscalizar del cumplimiento de la obligación del prestador de informar al paciente.

Agregó que la ausencia de fiscalización aumenta las posibilidades de que los médicos no den aviso oportuno. Explicó que serán ellos quienes se verán perjudicados, ya que lo usual será que su paciente deje de serlo como consecuencia de acogerse al beneficio de las Garantías Explícitas. Considerando lo anterior, planteó que el médico podría dilatar la entrega de la información en cuestión y, mientras tanto, ejecutar diversas prestaciones con un costo superior para el paciente al que tendrían las mismas en el Régimen de Garantías Explícitas.

Finalmente, indicó que a la adecuada fiscalización debería sumarse una sanción, que debería ser distinta a la obligación de indemnizar los perjuicios.

El Doctor Sandoval explicó que, originalmente, se estimó que la sanción podía ser una de dos: eliminar al prestador de salud del registro de los aseguradores o perder la acreditación.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso que la sanción sea dar publicidad a la conducta poco ética del médico.

Finalmente, la Comisión acordó debatir la materia al tratar el tema de la responsabilidad, del cual forma parte la responsabilidad médica por incumplimiento de la obligación de informar, o bien en el trámite reglamentario de segundo informe.

Artículo 14

(Pasa a ser artículos 20 a 22)

Dispone que, conforme a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 tendrán derecho a elegir el profesional de su preferencia, dentro de los establecimientos en que

INFORME COMISION SALUD

deban ser atendidos, siempre que haya disponibilidad que permita cumplir con la garantía de oportunidad, según lo determine el Director del establecimiento respectivo.

El inciso segundo agrega que, si la elección del profesional a que se refiere el inciso anterior impide cumplir con la garantía de oportunidad, el interesado deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El inciso tercero regula la derivación a la Red Asistencial de los beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso cuarto precisa que, sin perjuicio de lo dispuesto por el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud bajo la modalidad de libre elección, según lo dispuesto por los artículos 12 y 13 de dicho cuerpo legal.

Finalmente, el inciso quinto regula la oferta de alternativas de libre elección para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud por parte de las Instituciones de Salud Previsional.

El Ejecutivo, mediante su indicación sustitutiva de 15 de diciembre de 2003, propuso los siguientes artículos 12 y 14, relacionados con las materias abordadas por el artículo 14 del proyecto aprobado por la Cámara de Diputados:

El artículo 12 de la indicación del Ejecutivo se refiere a las mismas materias tratadas en los dos primeros incisos del artículo 14 ya analizado, sin modificarlos sustancialmente.

Su primer inciso dispone que, conforme a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deben ser atendidos, al profesional que prefieran, debiendo concordar la disponibilidad con la satisfacción de la garantía de oportunidad. El director del establecimiento será el encargado de determinar si tal disponibilidad existe.

El inciso segundo agrega que, en caso de que la elección impida cumplir con la garantía de oportunidad, el beneficiario deberá atenderse con el profesional que se designe, en el mismo establecimiento o en otro al que sea derivado.

El señor Ministro de Salud expresó que la disposición que se propone permite al beneficiario seleccionar al profesional de la salud

INFORME COMISION SALUD

que lo atenderá, entre aquellos del establecimiento de salud que le corresponde, en la medida que con ello no se genere demora. Agregó que, de esta forma, se podrá mejorar la gestión al conocer cuáles son los profesionales más requeridos por los usuarios.

La Comisión estuvo de acuerdo con la proposición formulada por el Ejecutivo, modificando su redacción, con el fin de precisarla y mejorarla. Al efecto, resolvió eliminar la frase inicial del inciso primero, que alude al Régimen de Garantías en Salud, y la referencia final al director del establecimiento, además de precisar que la garantía de oportunidad que se menciona es de carácter explícito.

Respecto del inciso segundo, acordó reemplazar la alusión al impedimento para cumplir la garantía de oportunidad y la referencia al beneficiario de la ley N° 18.469, elementos ya integrados en el inciso primero, por la frase "En caso contrario".

-El artículo 12 propuesto por la indicación del Ejecutivo, que será consultado como artículo 20, fue aprobado, con las modificaciones que se señalan, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

A continuación, la Comisión analizó el artículo 14 de la indicación sustitutiva del Ejecutivo, que versa sobre el acceso de los beneficiarios de la ley N° 18.469 a las prestaciones de salud, conforme a la modalidad de libre elección.

Dicha indicación señala que los afiliados a Fondo Nacional de Salud podrán optar por atenderse conforme a esta modalidad, precisando que, en tal caso, no regirán las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

El señor Ministro de Salud indicó que, mediante esta norma, se deja de manifiesto que la modalidad de libre elección en el sistema público se mantiene, con la limitación de que no podrán invocarse en ella las Garantías Explícitas, pues éstas operan sólo en un sistema cerrado. Agregó que, aún cuando la garantía de protección financiera hará que la mayor parte de los beneficiarios opte por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, habrá un porcentaje que no lo hará.

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó la conveniencia de otorgar un aporte fiscal a los beneficiarios del sistema público de salud que opten por el sistema de libre elección.

INFORME COMISION SALUD

Sobre el particular, el Ejecutivo indicó que, en tal caso, existe un subsidio equivalente a lo que se gasta en la modalidad institucional, que alcanza aproximadamente a un 50%.

El representante de la Asociación Nacional de Instituciones de Salud Previsional consultó respecto de la forma de regular el sistema en el caso de los aseguradores privados, ya que las normas en análisis sólo se refieren al sector público.

El Ejecutivo explicó que la regulación del sistema privado queda entregada a la autonomía de la voluntad, plasmada en las cláusulas contractuales que las partes convengan.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión hizo presente la conveniencia de regular en este aspecto la situación de los afiliados a Instituciones de Salud Previsional.

-El artículo 14 propuesto por la indicación sustitutiva del Ejecutivo y que será consultado como artículo 21, fue aprobado, con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Ejecutivo, mediante su indicación de 31 de diciembre de 2003, recogió la inquietud manifestada por la Comisión respecto a la regulación de la modalidad de libre elección en el sistema privado de salud y propuso incorporar la siguiente norma:

“Artículo ..- Para tener derecho a las Garantías Explícitas definidas en el inciso segundo, del artículo 3° de esta ley, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional en que se encuentren afiliados. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.”.

Frente a una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto de la posibilidad de optar por diferentes planes cerrados, el representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, indicó que, efectivamente, pueden existir diferentes opciones en tal sentido.

La Comisión, para dejar de manifiesto que los prestadores pueden ser más de uno, acordó reemplazar la frase “los prestadores de salud”, por “alguno de los prestadores de salud”.

INFORME COMISION SALUD

Adicionalmente, se convino en agregar que la Institución de Salud Previsional respectiva determinará quienes serán los posibles prestadores, "de acuerdo al plan contratado para estos efectos."

22. Cabe señalar que este artículo será consultado como

-La indicación en comentario fue acogida, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Páez y Viera-Gallo.

Artículo 15

(Pasa a ser artículo 23)

Entrega al reglamento la regulación de los documentos o mecanismos que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán implementar, a fin de dejar constancia, a lo menos, en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud, de la enfermedad o condición de salud, prestación asociada, copago, plazo para otorgar la prestación y constancia de su otorgamiento efectivo o de la causa por la que ello no ocurrió.

El inciso segundo agrega que el referido reglamento regulará, además, los mecanismos que los mencionados aseguradores deberán implementar para cumplir con la garantía de oportunidad, en caso de que la prestación no haya sido otorgada al beneficiario. El mismo inciso señala que tales mecanismos deberán resguardar, especialmente, el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

El artículo 13 propuesto por la indicación sustitutiva del Ejecutivo, de 15 de diciembre de 2003, aborda las materias tratadas por el artículo 15 en análisis, en los siguientes términos:

"Artículo 13.- La Superintendencia de Salud, mediante instrucciones de general aplicación establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

INFORME COMISION SALUD

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar el cumplimiento de las Garantías Explícitas de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”.

Al analizar esta proposición, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de definir en forma clara y precisa el momento a partir del cual debe entenderse que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional han sido notificados de que uno de sus beneficiarios tiene una enfermedad o condición de salud explícitamente garantizada por el Régimen de Garantías en Salud.

El Ejecutivo indicó que dicho momento se fijará por medio del decreto supremo al que se refiere el artículo 5º. Asimismo, hizo presente que el programa piloto en curso cuenta con un proceso regulado, que se inicia con la consulta del paciente en la atención primaria, luego de la cual el médico debe llenar un formulario, asegurando una hora para la atención del paciente por el especialista competente. Añadió que, desde abril de 2004, todos los hospitales contarán con un sistema de control que permita cumplir con la garantía de oportunidad en forma efectiva. En todo caso, agregó, queda a salvo el derecho del paciente para reclamar ante la Superintendencia.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional manifestó que es de vital importancia que el decreto al que se refiere el artículo 5º defina en forma clara y precisa, prestación por prestación y respecto de cada patología, el momento a partir del cual se entiende notificado el asegurador, de modo de constatar si se cumplió la garantía de oportunidad y de precaver posibles conflictos.

La Comisión acordó aprobar el inciso primero, eliminando la frase “mediante instrucciones de general aplicación” por considerarla innecesaria.

Respecto del inciso segundo, teniendo presente que se refiere a la garantía de oportunidad, acordó precisar que la disposición regula el caso en que la prestación no sea otorgada “a tiempo” al beneficiario. Asimismo, eliminó la oración final, que se refiere al resguardo del cumplimiento de las Garantías Explícitas de acceso, calidad y protección financiera, por redundante.

Considerando las modificaciones introducidas al proyecto, el artículo que nos ocupa será consultado como artículo 23.

INFORME COMISION SALUD

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Párrafo 6º

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal

La indicación del Presidente de la República, de 15 de diciembre de 2003, propone consultar este Párrafo, con el mismo epígrafe, como Párrafo 2º del Título II.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

El Presidente de la República, con fecha 30 de marzo de 2004, formuló indicación con el objeto de agregar en el Título I un Párrafo 5º, nuevo, denominado "Otras obligaciones", compuesto por los tres artículos que se exponen más adelante.

El nuevo Párrafo que se propone, como consecuencia de las diversas adecuaciones al texto, será consultado como Párrafo 6º.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 24 (nuevo)

La indicación propone incorporar una disposición que impone a los Ministerios de Salud y de Hacienda la obligación de fijar la cobertura financiera mínima para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar a sus afiliados y a los dependientes de aquéllos. Cumplirán su obligación a través de un decreto, que deberá ser dictado conjuntamente con aquél que apruebe el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y cuya vigencia será idéntica a la de dicho Régimen.

La Comisión aprobó el precepto, perfeccionando su redacción y consultándolo como artículo 24.

INFORME COMISION SALUD

-La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 25 (nuevo)

La disposición propuesta por la indicación establece que las modificaciones a la cobertura financiera realizadas conforme al artículo anterior no podrán traducirse en un aumento del costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud que supere a la variación real del Índice General de Remuneraciones por Hora.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 26 (nuevo)

Entrega al decreto que apruebe las Garantías Explícitas en Salud la determinación de las metas de cobertura del examen de medicina preventiva a que alude el literal a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, y dispone que las mismas serán obligatorias, tanto para el sistema público como para el privado.

El inciso segundo faculta a la Superintendencia de Salud para fiscalizar el cumplimiento de las referidas metas.

El Ejecutivo explicó que, mediante esta propuesta, se desea fomentar la adopción de medidas preventivas respecto de la salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente la conveniencia de precisar la disposición, indicando, por ejemplo, el porcentaje de la población que accederá al examen de medicina preventiva durante las distintas etapas del cronograma de vigencia de las Garantías Explícitas. Agregó que este examen, hasta ahora, ha sido letra muerta y destacó la importancia de desarrollar políticas preventivas en salud.

El Ejecutivo manifestó que tendría en consideración la sugerencia efectuada por el señor Senador y elaboraría una propuesta para ser discutida con ocasión del segundo informe que sobre el proyecto emita esta Comisión.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

INFORME COMISION SALUD

Artículo 16
(Pasa a ser artículo 34)

La norma aprobada por la Cámara de Diputados, en su inciso primero, dispone que el Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, con el fin de asegurar el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por ser indigentes o carecer de recursos, se encuentren legalmente eximidas de cotizar para salud, y a quienes efectuaren cotizaciones que resultaren insuficientes para cubrir la Prima Universal calculada para el Régimen regulado por el proyecto de ley en análisis.

El inciso segundo precisa que el aporte, en el caso de beneficiarios indigentes o carentes de recursos, se hará con cargo a la Partida presupuestaria del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal por cada uno de los beneficiarios acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y de sus cargas, el aporte será equivalente al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus cargas, deducido el valor de la cotización obligatoria, en cuanto la diferencia sea mayor que cero. Si el cónyuge del afiliado también cotiza en el Fondo, el aporte será la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

El inciso tercero señala que las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a alguien como carente de recursos o indigente se determinarán por medio de decreto supremo de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. El aporte complementario de las cotizaciones de salud se condiciona al cumplimiento por parte del mencionado Fondo de lo dispuesto por los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469².

El Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, formuló indicación, incorporando al Párrafo 2° del Título II, como artículo único, un texto alternativo al artículo 16 aprobado por la Cámara de Diputados.

En el inciso primero del precepto se especifica mejor la forma en que se efectuará este aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, indicando que se otorgará en dos casos: por cada una de las personas adscritas al sistema público que, por ser indigentes o por carecer de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud, y por cada una de las

² Esos incisos facultan al Fondo para determinar el ingreso de sus afiliados y permiten la reclasificación de éstos, si sus ingresos varían.

INFORME COMISION SALUD

personas cuyas cotizaciones legales sean insuficientes para cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal.

Los incisos segundo y tercero no innovan respecto del artículo 16.

En relación con el inciso segundo, que regula el monto del aporte fiscal, la misma señora Senadora manifestó su inquietud por la parte final, que permite sumar las cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud de una pareja de cónyuges, por considerarla impracticable, debido a la dificultad que supone saber si dos afiliados tienen la calidad de cónyuges y si, estando casados, viven juntos o no.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

La Comisión coincidió con el planteamiento efectuado por la señora Senadora y acordó eliminar la oración final que señala: "En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges."

La mayoría de la Comisión manifestó su intención de acoger la indicación, con la modificación anterior.

Por su parte, la Honorable Senadora señora Matthei procedió a fundar su rechazo, señalando que el subsidio estatal debería entregarse conforme a las necesidades de las personas y no atendiendo al sistema de salud al cual se encuentran adscritas. Agregó que la norma discrimina a las personas de clase media que, con dificultades, se mantienen en el sistema privado.

-La indicación fue aprobada, con la modificación reseñada y otras enmiendas formales menores, con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Artículo 17

Precisa que el aporte fiscal regulado por el Párrafo del que forma parte esta norma no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de fondos desde el Fondo Nacional de Salud o sus afiliados hacia las Instituciones de Salud Previsional o sus afiliados.

INFORME COMISION SALUD

La indicación formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, en su número 2), propone sustituir los artículos 3º a 17, por otros, que propone e individualiza con los números 3 a 14, entre los cuales no se incluye un precepto que recoja las disposiciones del artículo 17 aprobado por la Cámara de Diputados.

Teniendo en cuenta que la citada indicación fue acogida por la Comisión, el artículo 17 fue eliminado.

-Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso sustituir los Títulos II y III, denominados "Disposiciones varias" y "Fondo de Compensación Solidario" -ambos aprobados por la Cámara de Diputados-, por un nuevo Título II, denominado "Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal".

-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Se hace presente que, posteriormente, mediante indicación de 31 de diciembre de 2004, el Presidente de la República propuso agregar un nuevo Título III, denominado "Disposiciones Varias", que analizaremos junto con los preceptos del Título II original.

Artículo 18

(Pasa a ser artículo 35)

El artículo 18 del texto aprobado por la Cámara de Diputados, mediante 9 numerales, introduce modificaciones a la ley N° 18.469.

En las indicaciones formuladas por el Presidente de la República, individualizadas al iniciar el análisis de este Título, se propone reemplazar este artículo por el siguiente:

"Artículo 25.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g) al artículo 6º:

INFORME COMISION SALUD

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente: “Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifíquese el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyase su inciso primero por el siguiente:

“Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud a través de los establecimientos de salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a su favor que le correspondiere anualmente a los contribuyentes, los montos adeudados al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por éstos o los beneficiarios que de ellos dependen en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud le comunicará, mediante oficio, a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, una nómina que contenga la individualización de los deudores y el monto a retener para cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el Reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente por el saldo insoluto.”.

INFORME COMISION SALUD

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

"Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieren garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca el Régimen de Garantías en Salud para aquellas prestaciones."

La Comisión convino en analizar y pronunciarse separadamente respecto de los numerales de este artículo, que introduce modificaciones a la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

A continuación se consignan los acuerdos alcanzados respecto de cada uno de los cinco numerales que conforman este artículo.

-Los numerales 1) y 2) fueron aprobados, con modificaciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

En relación con el numeral 2), la Comisión hizo presente la necesidad de precisar esta disposición, efectuando la distinción entre el Régimen general de Garantías en Salud y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Como consecuencia, de ello, se realizaron las adecuaciones necesarias en las demás disposiciones del proyecto.

-El ajuste fue aprobado con la misma votación anterior.

El numeral 3) se aprobó, con ajustes formales, con el voto favorable de los mimsos señores Senadores recién nombrados.

Respecto del numeral 4), que agrega nuevos incisos al artículo 27 de la ley N° 18.469, los Honorables Senadores señores Viera-Gallo y Espina hicieron ver que la facultad que el inciso otorga a la Tesorería General de la República, para retener devoluciones de impuestos o créditos fiscales a favor del deudor, abre la posibilidad de que el contribuyente sea objeto de un cobro indebido, e hicieron presente la situación desmedrada en que lo deja la norma.

La Comisión, coincidiendo con la preocupación manifestada por los referidos señores Senadores, acordó acoger la alternativa de solución propuesta para el caso por el Honorable Senador señor Boeninger,

INFORME COMISION SALUD

que consiste en incorporar al aludido inciso la siguiente frase final: "siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad."

-El numeral 4) fue aprobado, con la modificación señalada e incorporando además adecuaciones formales destinadas a perfeccionar su redacción, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

-Finalmente, el numeral 5) fue aprobado, con correcciones formales, con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Quienes se abstuvieron manifestaron que lo hacían en consonancia con la reserva de constitucionalidad que plantearon respecto del Fondo de Compensación Solidario y las disposiciones vinculadas con el mismo.

Artículo 19

(Pasa a ser artículo 36)

Contiene ocho numerales, que introducen modificaciones a la ley N° 18.933.

El Presidente de la República, mediante oficio N° 512-350, de 1 de marzo de 2004, formuló indicación al presente Título, con el fin de agregar tres artículos nuevos.

El primero de ellos, individualizado en la indicación como artículo 26, reemplaza el artículo 19 por otro, que también introduce modificaciones en la ley N° 18.933.

N° 1)

Propone agregar al artículo 2° la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan" por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

INFORME COMISION SALUD

-El numeral 1) fue aprobado con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 2)

Modifica el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustituye su encabezado, por el siguiente:

“En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán incluir como mínimo:”.

El inciso segundo del artículo 33 establece que en el contrato celebrado con la Institución de Salud Previsional las partes pueden convenir con libertad el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud y establece las estipulaciones mínimas que, en términos claros, el contrato debe contener.

El Ejecutivo explicó que la modificación, en lo sustantivo, transforma la norma, originalmente de carácter facultativo, en imperativa, a la vez que clarifica su redacción. Agregó que la eliminación de la exigencia de consignar las estipulaciones contractuales “en términos claros”, en caso alguno implica que se desee fomentar la inclusión de estipulaciones poco claras o dudosas.

-El literal a) del numeral 2) fue aprobado sin modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

b) Reemplaza la letra a) del mismo inciso segundo, por la siguiente:

“a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios señalados en el artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas garantías explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo

INFORME COMISION SALUD

menos, las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección.”.

Este literal fue objeto de una nueva indicación del Ejecutivo. En efecto, el Presidente de la República, mediante oficio N° 554-350, de 30 de marzo de 2004, propuso sustituir la letra b) por otra, que difiere de la primera exclusivamente en cuanto precisa que el plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se haya fijado como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

-La Comisión acogió la nueva indicación formulada por el Ejecutivo, y aprobó este literal b) del numeral 2), con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El literal c) sustituye la letra c) por la siguiente:

“c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

El literal d), por su parte, intercala, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en su modalidad de libre elección”; y sustituye el párrafo segundo de la misma letra, por el siguiente:

“El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 5° de este Título.”.

-Los literales c) y d) del numeral 2) fueron aprobados sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 3)

Sustituye el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la

INFORME COMISION SALUD

cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

El Ejecutivo explicó que esta redacción precisa la norma actual, en el sentido de que el plan de salud acordado con la Institución de Salud Previsional debe contener una cobertura mínima, para las prestaciones específicas, no inferior al 25% de la cobertura que se concede a la prestación genérica relacionada. Asimismo, se establece que la bonificación no puede ser inferior a la cobertura financiera que otorga el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

El Vicepresidente de la Asociación de ISAPRES, don Andrés Tagle, manifestó su acuerdo con la disposición en comentario y coincidió en que la nueva redacción aporta mayor claridad.

Con todo, se acordó precisar la redacción, indicando que el correlato de la prestación específica es la prestación genérica respectiva, por lo que se reemplazó la frase “con la que ésta se encuentre relacionada”, por la palabra “correspondiente”.

-El numeral 3) fue aprobado, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 4)

Este numeral intercala, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, un párrafo 5°, nuevo, “De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°, respectivamente.

La Comisión se pronunció separadamente respecto de cada uno de los artículos que integran este nuevo párrafo 5°.

Artículo 42 A

La indicación propone incorporar un artículo 42 A, del siguiente tenor:

“Artículo 42 A.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 33 y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus cotizantes y beneficiarios, a asegurar las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad,

INFORME COMISION SALUD

protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para su otorgamiento deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio de los beneficios a que se refiere este párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.”.

Respecto del inciso tercero, el fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, don Ulises Nancuante, explicó que los contratos pueden incluir restricciones de cobertura, lo que esta modificación impide, a menos que se trate de prestaciones cubiertas por otras leyes. En otras palabras, en todo lo cubierto por las Garantías Explícitas no habrá preexistencias ni exclusiones.

Agregó que el inciso final autoriza a las Instituciones de Salud Previsional a fijar el precio del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, con el límite de que debe ser igual para todos los beneficiarios, esto es, sin que pueda discriminar en razón del sexo o la edad.

-Fue aprobado, con enmiendas de forma y otras que lo hacen coherente con la nomenclatura utilizada en las demás disposiciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, salvo el inciso final, a cuya aprobación concurrió también la Honorable Senadora señora Matthei.

Artículo 42 B

Su inciso primero impone a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de asegurar las Garantías Explícitas desde el primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones, sin perjuicio de la fecha de

INFORME COMISION SALUD

afiliación y de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38. Esta última norma permite a las Instituciones de Salud Previsional revisar anualmente los contratos de salud y ajustar los precios.

El inciso segundo agrega que la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas, el que se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país y será publicado por la Superintendencia en el Diario Oficial, al menos treinta días antes de la vigencia del decreto. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El inciso tercero señala que el precio no podrá sufrir variaciones durante la vigencia del decreto.

Finalmente, el inciso cuarto indica que, en las modificaciones posteriores del decreto que contiene las garantías explícitas, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

El Honorable Senador señor Espina manifestó su preocupación frente a la prohibición de modificar el precio durante la vigencia del contrato. Agregó que una disposición de esta naturaleza atenta contra las leyes del mercado y contribuye a hacer innecesariamente rígidas las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados.

El señor Ministro hizo presente que la disposición en comento tiene directa relación con la norma anterior, que concede libertad a las Instituciones para adecuar el precio en condiciones que no impliquen discriminación, e implica efectuar estudios y análisis previos, destinados a definir el precio adecuado.

El Fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional destacó que la invocación de las leyes del mercado, en este caso, es inapropiada. Agregó que sería razonable recurrir a dicho referente, en la medida en que las personas puedan cambiarse de Institución de Salud Previsional sin restricciones. No obstante, esto no es posible para una importante cantidad de afiliados a Instituciones de Salud Previsional que se encuentran cautivos en su vínculo contractual debido, por ejemplo, a una enfermedad preexistente o a su edad.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional explicó que los contratos tendrán, por ley, dos precios, a

INFORME COMISION SALUD

saber: el del plan complementario, que se adecúa anualmente, a través de un mecanismo establecido por la ley N° 18.933, con un sistema de banda de precios, y el del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que es parejo para todos los afiliados e inmodificable durante la vigencia del decreto que aprueba las Garantías Explícitas.

Manifestó su preocupación por la imposibilidad de modificar el precio mientras no se modifique el decreto y sugirió cambiar ese criterio.

El Honorable Senador señor Boeninger reiteró que se trata de un mercado imperfecto y propuso fijar un plazo de tres años, ya que de otra forma surge la tentación de fijar el precio sobre la base de riesgos mayores que los calculados para cubrirse.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide coincidió en que las leyes que gobiernan el mercado no son aplicables en la especie y afirmó que no se trata de perjudicar a las Instituciones de Salud Previsional, sino que de establecer las reglas del juego en forma clara.

La Comisión, con el fin de precisar esta norma, acordó agregar, al final del inciso primero, la siguiente frase: "Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado."

Con el mismo objetivo, y recogiendo los planteamientos efectuados en el curso del debate, se modificó el inciso tercero, indicando que el precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

-Fue aprobado, con las modificaciones reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 42 C

Establece que las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el artículo 39 de la ley N° 18.933, esto es, las denominadas "ISAPRES cerradas" podrán asegurar las Garantías Explícitas a que se refiere este Párrafo, y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

INFORME COMISION SALUD

-Fue aprobado, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 42 D

Dispone que el precio cobrado por la Institución de Salud Previsional por el otorgamiento de las Garantías Explícitas se conformará a las reglas contenidas en el Párrafo 3º, del Título II, de la ley N° 18.933.

La Comisión acordó acoger esta proposición, precisando su redacción en los siguientes términos:

“Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3º del título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.”.

-Aprobado, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera- Gallo.

Artículo 42 E

Dispone que el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones, sin perjuicio del derecho que establece el inciso segundo del artículo 38 de la ley N° 18.933, para desahuciarlo después de un año de vigencia. Si nada dice dentro del plazo de sesenta días recién mencionado, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido artículo 38.

-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera- Gallo.

Finalmente, cabe señalar que la Comisión, tras acoger las indicaciones del Ejecutivo previamente individualizadas, en los términos que se consignan en el capítulo de modificaciones, acordó consultar este artículo con el número 36.

Artículos 20 y 21

(Pasan a ser artículos 37 y 38)

INFORME COMISION SALUD

El artículo 20 suprime del párrafo segundo del literal b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones "por petición expresa del Ministro de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidades que manifiesten uno o más Servicios de Salud. Las prestaciones susceptibles de incluir en estos convenios quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud, la que podrá ser modificada si las circunstancias así lo ameritan".

El artículo 21 establece que, sin perjuicio del Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a atención médica curativa contempladas por las normas legales que a continuación se indican: Ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977 y decreto ley N° 2.859, de 1979.

Los artículos 27 y 28 propuestos por la ya mencionada indicación del Presidente de la República, de 1 de marzo de 2004, reemplazan a los artículos 20 y 21 previamente descritos, sin innovar respecto del fondo.

El primero de ellos modifica el artículo 27 del decreto ley N° 2.763, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La indicación simplifica el procedimiento que debe seguir el Fondo Nacional de Salud para financiar convenios relativos a prestaciones que deba contratar con terceros no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, para proveer prestaciones en la modalidad de atención institucional de la ley N° 18.469. Dicha simplificación consiste en eliminar el requisito de contar con petición expresa del Ministro de Salud para ello.

El Ejecutivo expresó que esta indicación es consistente con el hecho de que el Fondo Nacional de Salud deberá hacerse cargo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

En definitiva, estos preceptos se integran al proyecto como artículos 37 y 38, respectivamente.

-Las indicaciones recaídas en ambos artículos fueron aprobadas, sin modificaciones. La relativa al artículo 37 contó con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina y

INFORME COMISION SALUD

Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide. La recaída en el artículo 38 fue aprobada por unanimidad, concurriendo a ésta los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

**TITULO III
DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO**

La indicación formulada por el Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, propone sustituir el Título II, que contiene disposiciones varias, y el Título III, relativo al Fondo de Compensación Solidario, por un nuevo Título II, denominado "Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal".

-El nuevo epígrafe y su ubicación fueron aprobados con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

A continuación, la misma indicación del Ejecutivo propone intercalar el siguiente epígrafe:

"Párrafo 1º

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario"

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Título II que se propone se divide en dos Párrafos, el primero, relativo a la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario y, el segundo, al Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.

Artículo 22

(Pasa a ser artículo 27)

El artículo aprobado por la Cámara de Diputados crea el Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud

INFORME COMISION SALUD

Previsional y el Fondo Nacional de Salud, entregando su supervisión y administración a la Superintendencia de Salud.

La indicación del Ejecutivo reemplaza este artículo por otro, individualizado en ella como artículo 15, que crea el Fondo y dispone que su objetivo será solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, respecto de las prestaciones garantizadas explícitamente.

Su inciso segundo entrega a la Superintendencia de Salud la supervigilancia y administración del Fondo, precisando que ambas actividades deberán realizarse en la forma y condiciones que señale el reglamento.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, refiriéndose al inciso primero, consultó sobre la razón que condujo a modificar la definición del Fondo de Compensación Solidario aprobada por la Cámara de Diputados, la que le parece más clara y simple.

Al respecto, el doctor Hernán Sandoval explicó que se prefirió poner el acento en la compensación de riesgos sanitarios y no en la de riesgos financieros, ya que esto último implicaría solidarizar el monto de las cotizaciones. En materia sanitaria la solidaridad debe vincularse al riesgo, para entregar un mayor aporte a quienes más se enferman, mediante el cobro de una prima única que se distribuye conforme a las contingencias de salud de cada persona.

La Honorable Senadora señora Matthei recordó que, al implementarse el sistema del decreto ley N° 3.500, respecto del seguro por invalidez y sobrevivencia se otorgaba la posibilidad de fijar la prima de acuerdo a las características del grupo familiar, sin embargo, debido a la dificultad operativa resultante de pretender establecer las características de cada familia para ese efecto, se optó por cobrar un monto parejo.

El Honorable Senador señor Espina explicó que el sistema se estructura en torno a los conceptos de Prima Universal y prima ajustada por riesgos, correspondiendo al Fondo compensar a los aseguradores por las diferencias entre ambas.

Precisó que la Prima Universal constituye un valor de referencia igual al promedio de gasto esperado del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, dividido por el número de beneficiarios, y la prima ajustada por riesgos es la causada por las diferencias en los gastos efectivos de los distintos beneficiarios, provenientes de factores como el sexo y la edad.

INFORME COMISION SALUD

Concluyó indicando que la Prima Universal es variable en función de los cambios que afectan a la población, las patologías o la tecnología, lo que explica que su valor deba ser revisado, y eventualmente modificado, cada tres años.

En relación con lo anterior, el doctor Sandoval hizo presente que el valor de la Prima Universal, en el caso del sistema público, no es de carácter referencial, sino que constituye una estimación real, sin perjuicio de que el costo que tendrían las Instituciones de Salud Previsional para otorgar las mismas prestaciones pueda ser distinto. Agregó que, para definir el costo de la Prima Universal, se procedió a calcular previamente el costo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el sistema público.

Continuó explicando que los afiliados pagan su cotización y el monto de la Prima Universal es enterado por la respectiva institución aseguradora, por cada uno de sus respectivos beneficiarios.

En el caso de las Instituciones de Salud Previsional rige la ley del contrato. Si la cotización no cubre la Prima Universal, el afiliado deberá aportar la diferencia, a menos que la Institución de Salud Previsional subsidie la Prima Universal o solidarice el costo entre sus propios afiliados.

El Honorable Senador señor Espina hizo presente que el tema de fondo consiste en que, en la medida que sube la Prima Universal, el 7% de cotización de los afiliados al sistema privado se hace cada vez más insuficiente para poder cubrirla. Ejemplificó señalando que, si el monto que un individuo paga por concepto de Prima Universal por su grupo familiar, es mayor que el 7%, para mantenerse en la Institución de Salud Previsional deberá reducir su programa o pagar más por él, si no desea trasladarse al sector público. En consecuencia, concluyó, el mayor monto de la Prima Universal se traducirá en un éxodo hacia el sector público, en el cual el Estado subsidia el valor de ella.

Manifestó que lo anterior importa una injusticia respecto de los afiliados a Instituciones de Salud Previsional con ingresos familiares que no superan los seiscientos mil pesos, quienes, por el hecho de haber optado por el sistema privado, no obtendrán el subsidio estatal. Subrayó que sólo contará con su voto favorable un sistema que contemple un subsidio estatal que cubra, respecto del afiliado a una Institución de Salud Previsional, el mayor valor que por sobre el 7% deba enterar para el pago de la Prima Universal. De otra forma, concluyó, se producirá una diferencia arbitraria que perjudicará a la clase media, no a las personas de mayores ingresos, cuyo 7% cubre la Prima Universal sin problemas.

En el mismo sentido, la Honorable Senadora señora Matthei manifestó que, a su juicio, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud

INFORME COMISION SALUD

perjudica a la clase media modesta, pues su 7% resultará insuficiente para cubrir la Prima Universal o implicará un serio deterioro de las condiciones de su plan. Esas personas deberán recurrir al sistema público de salud, que es lo que deseaban evitar al afiliarse a una Institución de Salud Previsional.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que la alternativa de que el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidaria signifique el traspaso de recursos desde el Fondo Nacional de Salud a las Instituciones de Salud Previsional, es inaceptable para importantes sectores de la población, representados en el Parlamento. Añadió que lo anterior quedó plasmado en el artículo 26 del texto aprobado por la Cámara de Diputados, que prohíbe los referidos traspasos.

Asimismo, expresó su desacuerdo con que el Estado subvencione la Prima Universal de las personas afiliadas a Instituciones de Salud Previsional.

Por su parte, la Honorable Senadora señora Matthei anticipó su intención de votar en contra del proyecto si se mantiene el aludido artículo 26. Señaló que el sistema se estructura sobre la base de la compensación de riesgos, que es propia de los seguros, modelo que juzga altamente beneficioso para estos efectos. Sin embargo, agregó, si la compensación sólo significará un tránsito de personas y recursos desde el sistema privado al público, no existe tal compensación de riesgos sino que significa que los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional perderán parte de su cotización, subsidiando al Fondo Nacional de Salud.

El señor Ministro de Salud precisó que, en el proyecto original, se planteaba una compensación bidireccional entre los aseguradores, planteamiento que se repone en el artículo 18 de la indicación formulada por el Presidente de la República el pasado 15 de diciembre de 2003; afirmó que es la voluntad del Ejecutivo mantener dicha definición.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expuso que el Fondo de Compensación Solidario protege especialmente a las personas de escasos recursos y a los ciudadanos de la tercera edad, que no están afiliados al sistema privado.

Frente a la solicitud de formalización de la posición del Ejecutivo en la materia, el señor Ministro expresó que el Gobierno estima que la bidireccionalidad debe mantenerse, en cuanto es de la esencia del sistema de compensación de riesgos. No obstante, hizo presente que quien opta por el sector privado y se beneficia del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, si aspira a una mejor categoría en hotelería o asistencia, debe estar dispuesto a enfrentar un costo mayor que el que tendría en el sector público.

INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Espina recalcó que coincidiría plenamente con lo expuesto por el señor Ministro si el Régimen de Garantías Explícitas no se impusiera al sector privado, limitando su aplicación exclusivamente al sector público.

Agregó que quienes han optado por el sistema privado, en general, están conformes con el servicio que obtienen y no necesitan de un sistema que los discrimina respecto del sector público.

A modo de ejemplo, el señor Senador se refirió a una persona afiliada a una Institución de Salud Previsional, quien, con el 7% de su ingreso, accede a un programa de salud con cobertura para enfermedades de costo catastrófico y sin problemas de oportunidad en la atención. Agregó que, a esa misma persona, por el hecho de instaurarse el Régimen de Garantías Explícitas en las condiciones que se proponen actualmente, el mismo plan le saldrá más caro y, en el caso de los afiliados de menores ingresos, puede incluso traducirse en que deban migrar obligadamente del sistema privado al público.

El doctor Sandoval hizo presente que el tema de solidarizar riesgos lleva implícito que la gente pague, en algún momento de su vida, una prima más alta que sus gastos esperados y, en otro momento de su vida, una prima más baja que dichos gastos. En consecuencia, el argumento de que los usuarios de las Instituciones de Salud Previsional están contentos es válido sólo respecto de ciertos momentos de la vida de las personas, existiendo otros en que un sistema con solidaridad de riesgos será más funcional a los intereses de aquéllas.

La Honorable Senadora señora Matthei, por su parte, expresó que la gente de clase media, en el sistema público, puede optar por la modalidad de libre elección, con subsidio estatal parcial del bono respectivo. Añadió que no se postula que se otorgue el mismo subsidio en el sistema privado, pese a considerar que sería lo justo, ya que las personas no deberían tener un tratamiento financiero distinto por el hecho de estar en uno u otro sistema, sino que se plantea que los cotizantes no sean obligados a dejar el sistema privado por la modalidad de financiamiento de la Prima Universal en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Frente a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo respecto a las consecuencias de optar por no imponer el Régimen de Garantías Explícitas en Salud a los usuarios del sistema privado, el doctor Hernán Sandoval explicó que el Ejecutivo ha reiterado un planteamiento, de carácter doctrinario, cual es que el sistema de seguro social obligatorio, impuesto por ley, implica que cada trabajador debe destinar el 7% de su ingreso al pago de dicho seguro, pudiendo elegir si será administrado por una Institución de Salud Previsional o por el Fondo Nacional de Salud. La opción

INFORME COMISION SALUD

por un administrador privado no desnaturaliza el seguro si le hace perder su carácter social y obligatorio.

Añadió que, junto con plantearse la cobertura integral, se asume la obligación de construir un "estado de salud". Por lo tanto, un seguro integral no sólo debe compensar el daño sufrido, sino que debe, además, mantener a la gente en el mejor estado de salud posible, ya que el deterioro del mismo se traducirá en gastos mayores.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional recordó que los objetivos del Fondo de Compensación Solidaria son dos. En primer término, intenta corregir la diferencia de precio resultante de que los costos por persona son efectivamente distintos, con divergencias significativas entre jóvenes y adultos mayores y entre hombres y mujeres en edad fértil.

En segundo lugar, agregó, el Fondo corrige el desequilibrio de precios con respecto al riesgo entre el sistema público y el privado, ya que en el primero se concentra el riesgo agravado y la idea es que los beneficiarios con riesgos menos agravados, que son hombres y jóvenes, ayuden a financiar los de adultos mayores y mujeres.

Continuó señalando que la Asociación ha estimado que el 84% de los afiliados será "aportante" al Fondo de Compensación Solidario, es decir, deberá financiar al resto, y sólo un 16% será "receptor". Como consecuencia de su aporte al Fondo, el afiliado a una Institución de Salud Previsional tendrá menos recursos disponibles para financiar su plan y deberá pagar más o preferir un plan más barato, con menor cobertura, o derechamente deberá abandonar el sistema privado. Por el contrario, el receptor tendrá más recursos y podrá acceder a un mejor plan.

El problema se produce debido a que si hay aporte fiscal a la Prima Universal, no se puede llevar al sistema privado, pues la parte de la Prima Universal proveniente de aporte fiscal no es "portable".

El sistema no es bidireccional ya que, en los términos propuestos, significa un costo para las Instituciones de Salud Previsional cercano a los \$15.000.000.000, en beneficio del Fondo Nacional de Salud. Es poco probable que se produzca la compensación al revés, lo que ocurriría sólo si las Instituciones de Salud Previsional tuvieran un universo de cotizantes y cargas con un riesgo más agravado.

Finalmente, manifestó que a la Asociación de Instituciones de Salud Previsional le preocupan las variables que han sido consideradas. Las diferencias de precios que obedecen a sexo y edad, sin lugar a dudas deben tenerse en cuenta. No obstante, se mencionan otras variables

INFORME COMISION SALUD

“que impliquen diferencia en el gasto esperado individual”. Esas otras variables, a juicio de la Asociación, deben incidir en diferencias de precio, ya que si implican diferencias de costo quiere decir que se han compensado solas y, por lo tanto, el Fondo no tiene por qué intervenir.

Tras un extenso debate en torno al Fondo de Compensación Solidario, el señor Ministro de Salud expresó que el Gobierno del Presidente Lagos, al iniciar la Reforma de la Salud, ha orientado su actuar hacia mayores niveles de justicia y equidad entre los chilenos, en un área tan sensible como ésta, en la que se intenta resolver los problemas alcanzando mayores grados de certeza, equidad, eficacia y eficiencia.

Señaló que, considerando lo anterior, así como las críticas planteadas en el curso del debate, se adoptó la decisión de emprender un proceso de adopción gradual del modelo, de modo de permitir que el cambio se produzca generando menor resistencia.

Agregó que los temores planteados respecto a un gran éxodo de usuarios desde el sistema privado al público debería afectar sólo a un grupo marginal de familias, pues ya han abandonado el sistema privado la mayor parte de las personas de menores recursos o de mayores riesgos, como resultado de los costos de los planes.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que las alternativas de solución son básicamente dos: que opere la compensación de riesgos separadamente para los sectores público y privado, o recurrir a un sistema análogo al utilizado en el ámbito de la vivienda o la educación, en el cual el Estado subsidia a las familias más pobres, que tienen el derecho de decidir donde matricular a sus hijos o qué casa adquirir. De esta forma, expresó, se configura un subsidio estatal a la necesidad del individuo y no a la producción estatal. Al fijarse el 7% como cotización, dicho porcentaje representaba el costo real de la salud, sin embargo, hoy día debería elevarse aproximadamente hasta el 12%.

Añadió que la injusticia del sistema proviene del hecho de que si a una persona no le alcanza con su 7% para el pago de la Prima Universal, el Estado le otorgará un subsidio si es cotizante del sistema público, y no ocurrirá lo mismo respecto de una persona afiliada al sector privado.

El señor Ministro de Salud, por su parte, reiteró que se ha considerado la gradualidad en la implementación del Régimen como única solución, ya que la solidaridad es uno de los valores fundamentales que informan la Reforma de la Salud.

INFORME COMISION SALUD

Al analizar el artículo propuesto por la indicación, la Comisión acordó incorporar enmiendas formales destinadas a mejorar su redacción.

Además, en el inciso primero, y a sugerencia del Honorable Senador señor Viera-Gallo, se reemplazó la referencia final al inciso segundo del artículo 3º, por otra que se remite a esta ley en su integridad.

Asimismo, se acordó consultar el inciso segundo en los siguientes términos: "El referido Fondo será administrado y supervisado por la Superintendencia de Salud."

Finalmente, cabe consignar que, como consecuencia de las adecuaciones sufridas por el texto original, este artículo será consultado con el número 27.

-El artículo 27 fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículos 23, 24, 25 y 26**(Pasan a ser artículos 28 a 30)**

El artículo 23 indica que el objetivo del Fondo de Compensación Solidario es "compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud."

El artículo 24 dispone que el Fondo se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

El inciso segundo señala que dichos organismos realizarán en forma mensual los traspasos que correspondan a las compensaciones determinadas por la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento definido por el reglamento.

El artículo 25 dispone que, para los efectos de la compensación, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la

INFORME COMISION SALUD

base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. A continuación, indica que el modelo deberá considerar, además de sexo y edad, las variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, siempre que se disponga de información sistemática y confiable para evaluar su efecto en el gasto estandarizado individual. Finalmente, el inciso primero de este artículo señala que los factores de ajuste de riesgo serán establecidos por el decreto supremo de los Ministerios de Salud y de Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

El inciso segundo del artículo 25 faculta a la Superintendencia de Salud para distribuir parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y modo establecidos por el decreto supremo tantas veces aludido. El inciso concluye definiendo que por "período de predicción" debe entenderse el período de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones que efectúa el Fondo.

Finalmente, el artículo 26 indica que el Fondo de Compensación Solidario no podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud o sus afiliados, a las Instituciones de Salud Previsional o sus afiliados.

Mediante la indicación antes citada, formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, los artículos previamente descritos fueron reemplazados por los que analizaremos a continuación, que serán consultados como artículos 28 a 30:

"Artículo 16.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La prima universal es el promedio del gasto esperado individual de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el Reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones

INFORME COMISION SALUD

de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.”.

El Ejecutivo explicó que la disposición define como objetivo del Fondo compensar a los aseguradores por la diferencia entre la Prima Universal y la ajustada por riesgos, correspondiente a sus beneficiarios.

El Honorable Senador señor Espina efectuó reserva de constitucionalidad respecto de esta norma y de las demás que establecen el mecanismo de integración y cálculo y la operación del Fondo de Compensación y anunció que, en conjunto con otros señores parlamentarios, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82, Nº 2º, de la Constitución Política de la República, recurriría ante el Tribunal Constitucional con el fin de que este órgano resuelva sobre la conformidad o no entre tales normas y la Constitución Política de la República.

Hizo presente que fundarán su reclamación en el hecho de que el Fondo se financia con las cotizaciones de salud, las que pertenecen al respectivo afiliado. Destinar una parte de las mismas a integrar el Fondo de Compensación Solidario implica el establecimiento de un impuesto encubierto, afecto a un fin específico, y constituye una flagrante violación del derecho de propiedad de cada afiliado respecto de sus propias cotizaciones de salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expuso que, a su juicio, en la especie no concurre ningún problema de constitucionalidad, toda vez que las cotizaciones no integran una cuenta individual y no son correlativas a las prestaciones que se recibirán a futuro.

La Honorable Senadora señora Matthei adhirió a la reserva de constitucionalidad formulada por el Honorable Senador señor Espina e indicó que se debe hacer una distinción entre cotizaciones y pago de imposiciones. Añadió que, en el sistema privado, se aplica un sistema de seguro y que, en el público, se trata prácticamente de un impuesto de 7%, afecto al otorgamiento de prestaciones de salud. Agregó que la inexistencia de una cuenta individual no implica que no exista la inconstitucionalidad que se alega, ya que no puede entenderse sino como un impuesto encubierto obligar a la gente afiliada a una Institución de Salud Previsional a pagar por garantías como la de oportunidad y de protección financiera, que ya tienen aseguradas por el hecho de no tener que hacer cola y por contar con un seguro contra enfermedades de costo catastrófico.

INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Boeninger indicó que no es posible asimilar las cotizaciones previsionales con las de salud, pues sólo sobre las primeras hay propiedad, ya que el capital que se acumula es de propiedad del cotizante, lo que no ocurre respecto de las segundas.

Agregó que la transferencia de recursos del sistema público al privado obedece a que existen diferencias en la cobertura de riesgos entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud que, de no existir, darían por resultado un traspaso igual a cero. El actual desequilibrio se puede evitar con incentivos inversos, que lleven a las Instituciones de Salud Previsional a asumir mayores riesgos.

Concluyó señalando que la Constitución asegura a todas las personas el acceso igualitario a la salud y, para este fin, se puede imponer cotizaciones obligatorias, asegurando la igualdad en el acceso con mecanismos tales como el Fondo de Compensación Solidario, que permiten redistribuir al compensar los mayores riesgos inherentes a sexo y edad.

Por su parte, el señor Ministro de Salud afirmó que, conforme a los estudios realizados por asesores técnicos competentes, no hay tal inconstitucionalidad. Reiteró que las cotizaciones de salud no son comparables con las previsionales pues, cuando un ciudadano deja de pagar en la Administradora de Fondos de Pensiones su dinero permanece allí y le pertenece, en cambio, cuando deja de pagar en la Institución de Salud Previsional, se queda sin atención, lo que da cuenta de que es un seguro y no un fondo de capitalización.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide hizo presente que esta discusión se inició al crearse el sistema de Instituciones de Salud Previsional y tiene que ver con cuál es el modelo de salud más adecuado para nuestro país. Manifestó su desacuerdo con prototipos en los cuales se otorga menor cobertura a quienes más la necesitan y mayor a quienes tienen menores riesgos.

La Honorable Senadora señora Matthei, por su parte, indicó que puede ser difícil aceptar que deba cobrarse más a quienes tienen riesgos que inciden en mayores costos. Sin embargo, agregó, ello responde a la lógica de los precios, que no puede ser ignorada sin generar efectos nocivos, como puede apreciarse en la reciente crisis del gas argentino. Continuó señalando que las personas de la tercera edad se encuentran en una etapa del ciclo vital en que se deja de gastar en la educación de los hijos para empezar a hacerlo en prestaciones de salud.

Concordando con la importancia de no perder de vista los principios de la economía, don Marcelo Tockman, asesor del Ministerio

INFORME COMISION SALUD

de Hacienda, señaló que el proyecto no pretende que la Institución de Salud Previsional cobre menos a quienes se encuentran en los casos de mayor riesgo, sino que se aspira a compensar el mayor riesgo con cargo al Fondo de Compensación Solidario.

El Honorable Senador Ruiz-Esquide, hizo presente que la salud constituye un área que, a su juicio, debe escapar de la aplicación de los mismos criterios que se utilizan en el resto de la economía y lamentó que el modelo hasta ahora imperante no se avenga con un sistema de salud solidario e inspirado en criterios y valores sanitarios.

La Comisión, coincidiendo en que el debate de fondo versa sobre elementos respecto de los cuales no existe acuerdo, entró a analizar la disposición sometida a su consideración, teniendo presente que las dudas o cuestiones de constitucionalidad suscitadas deberán despejarse en el Tribunal Constitucional.

En consecuencia, acordó eliminar, en el primer inciso, la frase "en la forma y oportunidad que determine el reglamento", por estimarla innecesaria y, en el inciso segundo, reemplazó la referencia al "promedio del gasto esperado individual" por otra al "gasto esperado individual promedio", por ser esta última la expresión correcta.

Cabe señalar que este artículo, como consecuencia de las modificaciones introducidas al texto del proyecto, será consultado como artículo 28.

-La indicación fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

A continuación, la indicación del Ejecutivo propone la incorporación del siguiente artículo:

"Artículo 17.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar la prima universal y el modelo de compensación de riesgos.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiese evidencia de que afectan significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejen preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y

INFORME COMISION SALUD

representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y haberse implementado el registro de éstas para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”.

La Comisión, a instancias del Ejecutivo, acordó agregar una frase final al inciso primero, precisando que la determinación del monto de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos se hará “de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6º y siguientes”.

En relación con el inciso segundo, relativo a las variables sobre la base de las cuales se determinará el modelo de compensación de riesgos, la Comisión sostuvo un extenso debate.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó si la posibilidad de incorporar otras variables de tipo epidemiológico, a las que alude el artículo, significa que eventualmente puedan incluirse otras, tales como la obesidad, el tabaquismo o la homosexualidad, en cuanto esta opción sexual lleva aparejado un mayor riesgo de contraer SIDA.

Los representantes del Ejecutivo respondieron que, actualmente, las variables más concretas son el género y la edad y agregaron que, en el futuro, podrán incluirse otras, tan relevantes, claras y evidentes como las señaladas.

Sobre el particular, el señor Ministro de Salud añadió que si otras variables adquieren el carácter de una epidemia que amenaza a la sociedad, la prima deberá ajustarse a esa realidad.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente su preocupación frente a la posibilidad de que los riesgos que deban ser compensados se incrementen –y con ello el monto de la prima y el del aporte que deban realizar las Instituciones de Salud Previsional- mediante la incorporación de nuevas variables, tales como las que ha mencionado. Indicó que en la mayor parte de los casos dichas patologías dependen de la voluntad

INFORME COMISION SALUD

del afectado e implican que las primas de todos se vean gravadas por el estilo de vida escogido por algunos. Propuso cobrar más a las personas que tengan conductas de riesgo.

Asimismo, señaló que el carácter facultativo de la norma, que se refleja en el uso del vocablo "pudiendo", puede traducirse en que, en definitiva, sólo se incorporen aquellas variables que graviten sobre el sistema privado. Considerando lo anterior, la señora Senadora sugirió indicar taxativamente las variables que serán consideradas o bien reemplazar la forma verbal "pudiendo" por "debiendo".

El señor Ministro de Salud recalcó que, aún cuando la norma del inciso segundo es facultativa, la posibilidad de incorporar nuevas variables distintas de sexo y edad se asocia al cumplimiento de las condiciones que la misma disposición consigna, esto es, que exista evidencia de su incidencia en el gasto en salud y no reflejen preferencias de las personas o condiciones particulares de la oferta.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló su desacuerdo en cuanto a considerar sólo las variables de sexo y edad, ya que, aun cuando ellas son importantes, existen otros factores que deben ser tomados en cuenta a fin de que la compensación de riesgos no resulte incompleta. Por el hecho de considerarla más íntegra desde la perspectiva sanitaria, propuso mantener la redacción acordada por la Cámara de Diputados, que señala que el modelo de compensación de riesgos deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable, necesaria para determinar el efecto de dichas variables en el gasto individual asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

La Comisión acordó aprobar los incisos primero, segundo y cuarto del artículo en debate, con algunas correcciones formales, por mayoría.

-Concurrieron al acuerdo con su voto favorable los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y se abstuvieron los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

El inciso tercero fue objeto de una doble votación, debido a que en la primera las abstenciones incidieron en el resultado. Al repetirse la votación sin que los parlamentarios que se abstuvieron modificaran su opción, y aplicando lo dispuesto por el artículo 178 del Reglamento del Senado, se tuvo por aprobado el inciso, sumando las abstenciones a los votos mayoritarios, que se pronunciaban por la aprobación.

INFORME COMISION SALUD

-Votaron por la aprobación los Honorables Senadores señores Boeninger y Ruiz-Esquide, el Honorable Senador señor Viera-Gallo votó en contra y los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina se abstuvieron. Considerando la incidencia de las abstenciones en el resultado, se repitió la votación de inmediato, previo el requerimiento de rigor a los Senadores que se abstuvieron. Como se produjo el mismo resultado, en virtud de lo dispuesto por el artículo 178 del Reglamento del Senado, se sumaron las abstenciones a los votos favorables, resultando aprobado el inciso tercero por cuatro votos a favor y uno en contra.

Cabe señalar que el artículo propuesto será consultado como artículo 29.

Finalmente, la indicación del Ejecutivo propone el siguiente artículo:

“Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.”.

La Comisión acordó aprobarlo por mayoría, con enmiendas de forma, consignándolo como artículo 30.

-Aprobado con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Artículo 27

(Pasa a ser artículo 31)

Dispone que, para los efectos de este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán remitir a la Superintendencia de Salud la información necesaria para realizar los pagos y compensaciones correspondientes, de acuerdo con las instrucciones que a tal efecto imparta el Ministerio de Salud.

La indicación formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, propone reemplazar esta

INFORME COMISION SALUD

disposición por otra, que innova respecto de aquella aprobada por la Cámara de Diputados exclusivamente en cuando sustituye la frase final, alusiva a las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud, por la siguiente: "conforme a las instrucciones de general aplicación que imparta dicha Superintendencia."

Cabe señalar que la Comisión acordó invertir el orden original entre este artículo y el que entrega la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones impuestas por este Título a la Superintendencia, que figurará como artículo 32.

-El artículo y la indicación fueron aprobados con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, con adecuaciones de forma.

Artículo 32 (nuevo)

El Presidente de la República, mediante su indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso la incorporación de un artículo nuevo que, en su inciso primero, entrega a la Superintendencia de Salud la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud establecidas por el Título relativo al Fondo de Compensación Solidario y la Prima Universal .

El inciso segundo agrega que, en el evento que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe oportunamente la compensación de que trata este Título, la Superintendencia procederá a realizarla con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 26 de la ley N° 18.933, sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan. La Institución de Salud Previsional deberá reponer el monto de la garantía en el término de tres días hábiles. La norma agrega que, de no cumplirse con esta reposición, se aplicará el régimen de supervigilancia contemplado en los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

El inciso tercero agrega que los recursos administrativos o judiciales que deduzcan los aseguradores respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la Superintendencia puede equivocarse y ordenar un pago que no corresponde, de lo que se podrá reclamar mediante los recursos pertinentes. Indicó que le parece adecuado que se efectúe la compensación deduciéndola del monto de la garantía, pero hizo presente su desacuerdo con que ésta deba

INFORME COMISION SALUD

ser repuesta en un plazo tan breve y perentorio, mientras se discute un cobro que puede ser erróneo. Finalmente, abogó por que los recursos deducidos interrumpian los efectos de la orden impugnada.

Con respecto al inciso tercero, el Ejecutivo explicó que se optó por la fórmula de privar a los recursos del efecto suspensivo debido a la experiencia que en la materia han tenido otros países que han instaurado este tipo de Fondos. La intención ha sido resguardar su integridad y funcionamiento y evitar, de esta forma, un perjuicio mayor.

Sobre el particular, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la capacidad económica del Gobierno es mayor que la de las Instituciones de Salud Previsional y que el Fondo de Compensación Solidario no se desfinanciará porque una Institución no pague. Agregó que sería distinto si lo que se desea es sancionar a quien retiene maliciosamente el pago.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que el problema radica en la lentitud de los procesos judiciales y agregó que de esa situación busca precaverse el Ejecutivo mediante la negación del efecto suspensivo de los recursos. Como solución, propuso establecer un procedimiento breve y expedito.

El Honorable Senador señor Boeninger, respecto del plazo para reintegrar la garantía, abogó por mantener la simetría con lo que establece el artículo 26 de la ley N° 18.933, que concede un plazo de veinte días hábiles para tal efecto. Respecto de los recursos, propuso dejar de manifiesto la inquietud sobre el punto, con el acuerdo de perfeccionarlo con ocasión del segundo informe.

La Comisión estuvo mayoritariamente de acuerdo con la proposición anterior y se procedió a someter a votación el artículo, ampliando el plazo de tres a veinte días hábiles.

-Los incisos primero y segundo fueron aprobados, con la modificación referente al plazo y otras de tipo formal, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

-El inciso tercero fue aprobado sin enmiendas, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

INFORME COMISION SALUD

Artículo 28
(Pasa a ser artículo 33)

Señala que los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministerio de Hacienda.

La indicación del Ejecutivo mantuvo esta norma, sin enmiendas.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

TÍTULO IV

DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 29

Crea el Fondo Maternal Solidario y dispone que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 30

Establece la forma en que se constituirá el Fondo Maternal Solidario, indicando, en tres literales, las fuentes de financiamiento del mismo.

Artículo 31

Impone a la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, la obligación de transferir, a las entidades que indica, los recursos para el pago de los subsidios que originen el descanso de maternidad, del artículo 195, y el permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año, del artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

INFORME COMISION SALUD

El inciso segundo agrega que, con igual imputación, la Superintendencia pagará a la institución a que esté afiliado el cotizante, los subsidios mencionados, los que, en el caso de las Instituciones de Salud Previsional, deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes, en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 32

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se efectuará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 33

Dispone que el reglamento al que alude este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por los Ministros de Hacienda y del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 34

Regula la operación del Fondo Maternal Solidario, señalando que se hará sobre la base de un programa anual, preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social, aprobado mediante decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que deba comenzar a regir.

Dicho programa contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO V
DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO
MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 35

Establece el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario y señala que su objetivo será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles, regula el monto del mismo y fija el parámetro para su cálculo.

INFORME COMISION SALUD

Artículo 36

Dispone que el Subsidio será de cargo fiscal y será pagado a través del Fondo Maternal Solidario.

TÍTULO VI DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Los artículos 37 a 53, que integran este Título, crean la Superintendencia de Salud, regulan su competencia, funciones, integración, estructura y procedimientos y establecen normas básicas para su funcionamiento y sobre personal.

-El Presidente de la República, con fecha 1 de marzo de 2004, formuló indicación para eliminar los Títulos IV, Del Fondo Maternal Solidario, Título V, Del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, y Título VI, De la Superintendencia de Salud.

-Esta indicación supresiva fue aprobada y, en consecuencia, los citados Títulos y los artículos que los componen fueron rechazados, con el voto de la unanimidad de los miembros de esta Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso incorporar el epígrafe siguiente:

“TÍTULO IV DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA”

-El epígrafe fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Con ocasión del análisis de esta indicación, la Comisión contó con la colaboración del abogado especialista en Derecho Administrativo, don Pedro Pierry Arrau.

El señor Pierry inició su intervención explicando que el número de demandas por responsabilidad médica en contra del Estado ha aumentado en forma explosiva en los últimos años. Agregó que, en el ámbito de la responsabilidad extracontractual, la indemnización del daño moral es el

INFORME COMISION SALUD

elemento económicamente más relevante, correspondiendo a los tribunales apreciarlo prudencialmente.

Continuó señalando que, si no se establecen reglas especiales, deben aplicarse las de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado³, cuerpo normativo cuyo artículo 4º consagra la responsabilidad del Estado por daños causados por los órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones. El artículo 44 del mismo texto legal precisa que los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio, sin perjuicio del derecho del Estado a repetir en contra del funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

Reconoció que esta interpretación ha sido puesta en duda por los partidarios de la teoría de la responsabilidad objetiva, quienes argumentan a favor de su posición fundándose en la modificación introducida por la ley N° 18.825, de 17 de agosto de 1989, al artículo 38, inciso segundo, de la Constitución Política de la República –norma relativa al derecho a reclamar por hechos lesivos ocasionados por la administración, sus organismos o las municipalidades— y que consistió en la eliminación de la referencia a los tribunales contencioso-administrativos, reemplazándola por otra a los tribunales, sin calificativos.

Agregó que la tesis de la responsabilidad objetiva se vio debilitada porque, con ocasión de la discusión de la Ley de Probidad Administrativa, N° 19.653, se intentó suprimir el artículo 44, hoy 42, de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y modificar el artículo 4º, dando una mayor apariencia de que se optaba definitivamente por aquella especie de responsabilidad. Sin embargo, las modificaciones no prosperaron, debido a que el Presidente de la República vetó las normas respectivas, justamente para evitar dicha interpretación.

Señaló, además, que la Tercera Sala de la Corte Suprema, con especial dedicación a las materias administrativas, ha sostenido que la responsabilidad objetiva no se aplica como regla general en nuestro derecho, dándosele sólo un empleo excepcional, cuando así lo prescribe la ley.

Aclaró que este debate doctrinario ha generado una jurisprudencia oscilante, habiendo sido condenado el Estado, en algunas ocasiones, sobre la base de una mera relación de causalidad.

En relación con el proyecto en informe, expresó que la regulación de la responsabilidad en el ámbito de la salud debería consagrar

³ Su texto refundido, coordinado y sistematizado es el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio Secretaría General. De la Presidencia, de 2001.

INFORME COMISION SALUD

la que proviene de falta de servicio, y limitar las demandas a través de distintos mecanismos.

Al efecto sugirió, en primer término, exigir el agotamiento previo de la vía administrativa. Esto es, la obligatoriedad de recurrir a la autoridad administrativa y deducir ante ella los recursos pertinentes, como requisito *sine qua non* para reclamar judicialmente.

En segundo lugar, precisando el contenido del concepto de falta de servicio, expresó que consiste en que el Estado responda por sus funcionarios cuando estos actúan con culpa o dolo, cuando el servicio no funciona, debiendo hacerlo o cuando funciona mal, sin que en estas dos últimas hipótesis se exija culpa o dolo del funcionario. Lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad de repetir en contra del empleado del Estado que haya incurrido en falta personal.

Consultado por el Honorable Senador señor Espina, respecto de cómo evitar que el reclamante se dirija a los tribunales sin agotar previamente la vía administrativa, el abogado señor Pierry explicó que, allí donde el derecho comparado ha optado por el agotamiento previo de la vía administrativa, le ha dado carácter obligatorio. Agregó que la Ley de Bases de los Procedimientos Administrativos, N° 19.880, establece plazos breves y reconoce el silencio administrativo, lo que significa que, si la Administración no responde o rechaza los recursos deducidos ante ella, el interesado podrá demandar.

Frente a una consulta formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, respecto de la regulación del daño moral en nuestra legislación, el abogado señor Pierry expresó que se trata de un tema nuevo para el derecho chileno. Agregó que, en derecho comparado, son los tribunales contencioso administrativos los que determinan el daño moral en el ámbito de la responsabilidad del Estado. Considerando que en nuestro país este tipo de tribunales no existe, sugirió limitar las indemnizaciones por daño moral en la ley, en términos generales. Preciso que en el procedimiento administrativo previo –en caso de acogerse el agotamiento previo de la vía administrativa– la Administración puede definir criterios respecto de los montos máximos de indemnización en que está dispuesta a transigir.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo preguntó cómo opera la falta de servicio tratándose de la garantía explícita de oportunidad.

Sobre el particular, el abogado señor Pierry explicó que, en virtud del proyecto de ley en estudio, el Estado contrae la obligación jurídica de atender oportunamente a las personas que tienen el derecho

INFORME COMISION SALUD

correlativo y su incumplimiento genera el derecho a demandar por falta de servicio.

En consecuencia, y considerando la definición que de la Garantía Explícita de oportunidad hace el artículo 4º del pr, la responsabilidad surge una vez transcurridos los plazos allí señalados, sin que se otorgue la atención requerida. No obstante, esto tendrá lugar en la medida en que la falta de atención oportuna se haya debido a que el servicio funcionó mal, debiendo hacerlo bien.

A continuación se procedió a analizar la indicación del Ejecutivo, siguiendo la numeración de los artículos propuestos por ella.

Artículo 50**(Pasó a ser artículo 39)**

Establece la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El inciso segundo define la falta de servicio, y al efecto señala que hay tal "cuando por incumplimiento de las normas legales o reglamentos que rigen la actividad, el órgano no funciona, funciona mal o funciona tardíamente."

Finalmente, el inciso tercero impone al particular la obligación de probar que el perjuicio es resultado de la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

El profesor Pierry sugirió eliminar el segundo inciso, que define la falta de servicio. Hizo presente que puede existir falta de servicio aun cuando se cumpla con la ley y los reglamentos, sugiriendo entregar la determinación de su alcance al juzgador. Además, recomendó agregar al primer inciso una disposición que consagre la responsabilidad estatal por la actuación culposa o dolosa de sus funcionarios.

El Ejecutivo sostuvo que, aun cuando la doctrina ha acuñado una definición de falta de servicio, se prefirió incluir una en el inciso segundo de este precepto, con el fin de evitar la dispersión de las interpretaciones.

Consultado por la Comisión, el profesor Pierry expresó que la definición no es adecuada, por las razones antes expuestas, y reiteró la inconveniencia de limitar por ley el concepto.

INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Viera-Gallo solicitó que explicara la diferencia entre responsabilidad objetiva y responsabilidad por falta de servicio.

Sobre el particular, el profesor Pierry explicó que la falta de servicio no es una responsabilidad objetiva, pues no corresponde a lo que en el derecho civil se entiende como tal: aquella en que basta la existencia del vínculo o relación causal entre el hecho y el daño. En el derecho civil, agregó, el elemento culpa o dolo es esencial en la responsabilidad subjetiva.

Precisó que la responsabilidad objetiva no supone necesariamente ausencia de culpa o dolo, sino que basta la relación de causalidad entre el hecho y el daño para generar la obligación de reparar perjuicios. Señaló que, en el caso de la falta de servicio, no es suficiente establecer la relación de causalidad, sino que se precisa que haya mal funcionamiento del servicio o no funcionamiento del mismo, con lo que se descarta la responsabilidad objetiva.

El doctor Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, hizo presente que, en derecho comparado, se exime de responsabilidad al médico y al servicio cuando se han cumplido los protocolos de tratamiento. El señor Pierry concordó con lo anterior y añadió que, al cumplirse los protocolos, no hay falta de servicio, sin perjuicio de las responsabilidades que puedan provenir de errores en los protocolos mismos.

La Comisión, teniendo en cuenta los antecedentes expuestos, acordó acoger el inciso, modificándolo, en el sentido de establecer que los órganos de la Administración del Estado, en materia sanitaria, serán responsables también por la culpa o dolo de sus funcionarios, y que el Estado tendrá derecho a repetir en contra de éstos, si han incurrido en falta personal.

Resolvió, asimismo, eliminar el inciso segundo propuesto por la indicación y sustituirlo por otro, que dispone que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

Finalmente, convino en aprobar el inciso tercero propuesto, sin enmiendas.

Cabe señalar que se debatió la posibilidad de exigir, como requisito para comprometer la responsabilidad extracontractual del Estado, la concurrencia de culpa grave del funcionario. Es decir, una negligencia de tal entidad que se asimile civilmente al dolo o intención de dañar, y que es definida por el artículo 44 del Código Civil como "no manejar los negocios ajenos con aquel cuidado que aun las personas negligentes y poco

INFORME COMISION SALUD

prudentes suelen emplear en sus negocios propios". Sin embargo, este punto, igual que el agotamiento previo de la instancia administrativa para accionar judicialmente en orden a hacer efectiva la responsabilidad estatal en materia de atención médica, quedaron para un examen más detenido, con ocasión del segundo informe.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones especificadas, con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 51

Dispone que, en el evento de que los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria fueran condenados en juicio, por la existencia de falta personal de un funcionario en el ejercicio de sus funciones o con los elementos proporcionados por el servicio, habrá derecho a repetir en contra del funcionario.

La Comisión se inclinó por el rechazo del artículo, por considerar que la materia ya ha sido regulada en el artículo 50, en virtud de las modificaciones incorporadas a él.

-En consecuencia, el artículo fue rechazado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 52

Esta disposición regula la prescripción de las acciones de responsabilidad y la fija el plazo en dos años, contados desde la acción u omisión.

Cabe señalar que la regla general en la materia está definida por el artículo 2.332 del Código Civil, norma que dispone que este tipo de acciones prescribe en cuatro años, contados desde la perpetración del acto que ocasionó el perjuicio.

El Honorable Senador señor Espina discurrió sobre aquellas situaciones en que el daño se produce después de transcurrido el breve plazo de prescripción propuesto y sugirió considerar la posibilidad de computarlo desde que se manifiesta el daño.

INFORME COMISION SALUD

El señor Ministro declaró su oposición a lo anterior, señalando que es muy complejo y difícil precisar la relación entre causa y efecto en los actos médicos.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Boeninger señaló que aquel daño que se manifiesta años más tarde puede ser resultante de causa sobreviniente.

Los Honorables Senadores señores Espina y Viera-Gallo concordaron en proponer el rechazo del artículo, para que resulte aplicable la regla general del artículo 2.332 del Código Civil, sin perjuicio de lo que la jurisprudencia pueda resolver, considerando las particularidades de la responsabilidad extracontractual del Estado en materia sanitaria.

-Fue rechazado con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 53

(Pasa a ser artículo 40)

Prescribe que el juez, para determinar la indemnización por el daño moral, deberá considerar la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado, atendiendo su edad y condiciones físicas.

Su inciso segundo agrega que no se indemnizarán los daños derivados de hechos o circunstancias imposibles de prever o evitar, atendiendo el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

El profesor Pierry destacó que esta disposición constituye una norma innovadora, en cuanto recoge la modificación de las condiciones de existencia como elemento que servirá para definir el monto de la indemnización; además, la calificó de conveniente, debido a que contribuirá a dar flexibilidad a la decisión jurisdiccional.

-La Comisión se pronunció separadamente respecto de cada uno de los incisos que componen el artículo. El primero fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. El segundo fue aprobado por cuatro votos contra uno, manifestándose a favor los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y en contra el Honorable Senador señor Espina.

Artículo 54**(Pasa a ser artículo 41)**

Establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

El inciso segundo precisa que, en cambio, no serán responsables del incumplimiento, derivado de la acción u omisión de los prestadores de salud inscritos ante la Superintendencia de Salud, en el otorgamiento de las prestaciones mismas.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, expresó que la norma del inciso segundo obedece al interés de no imputar a los aseguradores el incumplimiento de los prestadores.

La Comisión acordó aprobar el artículo, acogiendo una propuesta del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, en el sentido de precisar que, en el caso del inciso segundo, responden los prestadores de salud pertinentes.

-Fue aprobado, con la modificación propuesta y otras formales, necesarias para concordarlo con el resto del articulado, con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

A solicitud de la Comisión, el profesor Pedro Pierry preparó la propuesta destinada a incorporar el agotamiento previo de la vía administrativa, que se consigna a continuación:

“El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los órganos de la Administración en materia sanitaria, requiere el agotamiento previo de la vía administrativa.

El afectado deberá presentar la solicitud de reparación económica de los daños ocasionados, ante el respectivo Director del Servicio de Salud, especificando las lesiones producidas o las circunstancias de la muerte, en su caso, la presunta relación de causalidad entre éstas y el

INFORME COMISION SALUD

funcionamiento del servicio, la falta que se imputa y la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial; acompañando todos los antecedentes que estime convenientes, dando de esta forma inicio al procedimiento administrativo, que se regirá, en todo lo no previsto por esta ley, por lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo.

El plazo para presentar la solicitud de reparación económica será de cuatro años, contados desde que ocurrieron los hechos; esto es, desde la acción u omisión de la autoridad sanitaria. La presentación de la solicitud de reparación interrumpe la prescripción durante el tiempo que dure el procedimiento administrativo.

El Director del Servicio de Salud podrá delegar la instrucción del procedimiento administrativo en un abogado de la Fiscalía del Servicio. En todo caso, la resolución que ponga término al procedimiento deberá ser firmada por el Director del Servicio.

El procedimiento administrativo terminará por el rechazo o la aprobación de la solicitud. En caso de aprobación, deberá señalar el monto de la indemnización que el Servicio de Salud dispone pagar, que podrá ser distinto al solicitado por el interesado. Determinará, además, si existe falta de servicio del órgano o si se trata de una falta personal del funcionario que haya incurrido en culpa grave o dolo. Esta última declaración no producirá otro efecto, respecto del funcionario, que la obligación del Servicio de demandar ante los tribunales ordinarios para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado, donde deberá probar la culpa o dolo del funcionario. En todo caso, el funcionario afectado podrá siempre intervenir como tercero en el procedimiento administrativo.

El sumario administrativo correspondiente, si lo hubiera, será siempre acompañado al expediente administrativo.

En caso que aparezcan otras personas afectadas por los mismos hechos que se refieran a una determinada víctima, como cónyuge, conviviente, padres, o hermanos, deberán concurrir todos al procedimiento administrativo, personalmente o a través de representante legal, el que no podrá continuar sin ellos. Tratándose de daño moral por muerte, el Servicio de Salud, de oficio, deberá establecer quienes tienen derecho a indemnización y, por lo tanto, a intervenir en el procedimiento, procediendo a su notificación para que intervengan en él. Pendiente la ubicación y notificación de dichas personas, se suspende el plazo del procedimiento.

Antes de resolver la solicitud de reparación económica, deberá recabarse un informe del Consejo de Defensa del Estado, el que deberá pronunciarse proponiendo el rechazo o la aceptación de la solicitud, teniendo en cuenta los antecedentes del procedimiento, analizando la relación

INFORME COMISION SALUD

de causalidad y la existencia o no de falta de servicio. En caso de aceptación, propondrá la valoración del daño y la cuantía de la indemnización, considerando los criterios de la defensa del Estado en materia de responsabilidad extracontractual. El informe del Consejo de Defensa del Estado, que deberá evacuarse de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo, no será vinculante para la autoridad sanitaria.

Sin perjuicio del recurso de reposición, la parte en el procedimiento, o los terceros interesados, podrán interponer el recurso de tutela ante el Ministro de Salud. El Ministro podrá delegar la facultad de resolución en el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Ejecutoriada que sea la resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de indemnización por un monto distinto del solicitado, la parte tendrá el plazo de diez días hábiles para manifestar por escrito su aceptación, transcurridos los cuales sin haberse pronunciado, se entenderá rechazada por el interesado la resolución del Servicio.

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá reducirse a escritura pública, firmada por el director del Servicio o por el funcionario en quien delegue esta precisa función y la parte solicitante, la que deberá renunciar a todas las acciones judiciales correspondientes. Dicha escritura tendrá carácter de transacción, para todos los efectos legales.

Un reglamento del Presidente de la República fijará los montos máximos que puedan pagar los Servicios de Salud por el daño moral proveniente de la responsabilidad extracontractual, tanto a la víctima directa, como a los parientes de la misma, en caso de muerte u otra lesión de tal magnitud que lo justifique.”.

La Comisión acordó analizar esta proposición en profundidad con ocasión del segundo informe que emita respecto de esta iniciativa. Cabe consignar que, conforme a la Constitución Política de la República, se requiere patrocinio del Presidente de la República para promover esta propuesta, toda vez que la misma incide en materias de su iniciativa exclusiva.

Finalmente, se deja **constancia** que la Comisión, recogiendo un planteamiento del Honorable Senador señor Espina, no está de acuerdo con incluir un informe previo del Consejo de Defensa del Estado en relación con la solicitud de reparación económica, como se plantea en la propuesta del profesor Pierry.

INFORME COMISION SALUD

ARTICULOS TRANSITORIOS

Artículo primero

Establece, como fecha límite para la promulgación del primer Régimen de Garantías en Salud, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El inciso segundo agrega que el citado Régimen comenzará a regir desde el primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

El inciso tercero estipula que los contratos de salud previsional celebrados antes de la entrada en vigencia del Régimen deberán ceñirse a él, y que los celebrados con anterioridad se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso incorporar al Título I del proyecto un artículo 19, que establece el cronograma al cual se sujetará la implementación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Para este efecto, la proposición consta de tres numerales, que señalan que los decretos que contengan el Régimen de Garantías en Salud regirán desde el 1 de abril de 2005, el 1 de abril de 2006 y el 1 de abril de 2007, respectivamente. En todos ellos se previene que, si en las fechas señaladas, el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación.

Los citados numerales señalan la cantidad límite de patologías o condiciones de salud que los decretos podrán contener, indicando que esas patologías o condiciones de salud, en su conjunto, no podrán representar, a la fecha de promulgación del decreto, una Prima

INFORME COMISION SALUD

Universal anual superior al monto que se indica en unidades de fomento. En efecto, el primer decreto no podrá contener más de 25 patologías o condiciones de salud; el segundo, no más de 40 y el tercero, no más de 56, las que no podrán representar una prima universal superior a 0,92 unidades de fomento; 1,84 unidades de fomento, y 2,75 unidades de fomento, respectivamente.

El inciso final dispone que el procedimiento establecido por esta ley para la elaboración del decreto de Garantías Explícitas en Salud no será aplicable al contemplado en el numeral 1) de este artículo, y agrega que la elaboración de los restantes decretos deberá cumplir con todos los trámites que se regulan en el articulado de esta iniciativa.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso consultar el artículo como transitorio, debido a que su naturaleza así lo aconseja. Además, hizo presente la conveniencia de perfeccionar su redacción, con el fin de destacar lo medular de la norma, que dice relación con la fecha de inicio de cada una de las tres etapas que reconoce el cronograma propuesto por el Ejecutivo, el número de patologías o condiciones de salud incluido en cada una de ellas y el monto máximo de la Prima Universal por etapa.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Boeninger propuso eliminar la referencia a "decreto", ya que es el Régimen, y no el decreto que lo aprueba, el que entra en vigencia en las fechas que señala el cronograma en análisis.

La Comisión, teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, acordó consultar esta disposición como artículo primero transitorio. Asimismo, convino en acoger la indicación del Ejecutivo, con modificaciones destinadas a simplificar y precisar su redacción, en los términos consignados en el proyecto que se inserta más adelante.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

INFORME COMISION SALUD

El Presidente de la República, mediante indicación de 1 de marzo de 2004, propuso incorporar el siguiente artículo transitorio:

"Artículo tercero.- Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud previsional vigentes a la época de entrada en vigencia del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar desde esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Isapres estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y el plan complementario.

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, lo afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previsional que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Isapre determine para las Garantías Explícitas y el plan complementario."

Cabe señalar que esta disposición recoge el inciso final del artículo primero aprobado por la Cámara de Diputados.

El Ejecutivo explicó que esta norma precisa el momento desde el cual las Garantías Explícitas en Salud comenzarán a constituir parte del marco legal que debe ser incorporado a los contratos de salud previsional de la ley N° 18.933. Al efecto, se dispone que los que se celebren después de la entrada en vigor de las Garantías Explícitas del Régimen, deben ajustarse a sus disposiciones, y que los que estén vigentes a esa fecha deberán conformarse a estas regulaciones al cumplirse la primera anualidad. Sin perjuicio de franquear la posibilidad del cotizante de solicitar a su Institución de Salud

INFORME COMISION SALUD

Previsional el ajuste inmediato de su contrato a las Garantías Explícitas en Salud, pagando el precio de dicho ajuste desde que ello ocurra.

La Comisión acordó aprobar esta disposición, perfeccionando su redacción mediante enmiendas formales, en los términos consignados en el capítulo de modificaciones.

Como consecuencia de los cambios sufridos por el texto, esta disposición será consultada como artículo cuarto transitorio.

-Aprobado, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo segundo transitorio

Establece la fecha de entrada en vigencia del Fondo de Compensación Solidario, del Fondo Maternal Solidario y del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, fijando como tal la misma en que entre en vigor el primer Régimen de Garantías en Salud.

El Presidente de la República, mediante indicación de 1 de marzo de 2004, formuló indicación al presente artículo, con el fin de eliminar la referencia a el Fondo Maternal Solidario y al Subsidio Compensatorio de los Aportes al fondo Maternal Solidario.

La Comisión acogió la indicación previamente reseñada y estimó innecesario precisar que el Fondo de Compensación Solidario entrará a regir junto con el Régimen de Garantías en Salud, por lo que decidió eliminar todo el artículo.

INFORME COMISION SALUD

-El artículo fue suprimido, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículos tercero a quinto transitorios

El artículo tercero transitorio precisa que el Fondo Maternal Solidario, desde su entrada en vigencia, será el continuador legal del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, respecto de las obligaciones que indica.

El artículo cuarto transitorio faculta al Presidente de la República, por el término de un año contado desde la fecha de publicación de la ley, para dictar uno o más decretos con fuerza de ley destinados a regular la Superintendencia de Salud.

El artículo quinto transitorio transforma la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional en planta de la Superintendencia de Salud.

El Presidente de la República formuló indicación, de fecha 1 de marzo de 2004, con el fin de suprimir estas disposiciones, lo que resulta concordante con la decisión adoptada por la Comisión al aprobar la indicación para eliminar los Títulos IV, V y VI, relativos al Fondo Maternal Solidario, al Subsidio Compensatorio de los Aportes al citado Fondo Maternal Solidario y a la Superintendencia de Salud, respectivamente. Lo anterior, debido a que los dos primeros serán tratados en otra iniciativa y el último fue regulado por el proyecto de ley que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, actual ley N° 19.937.

-La indicación fue aprobada y los artículos tercero a quinto transitorios eliminados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo sexto transitorio

Estatuye que, con el fin de proceder a dictar las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3º de esta ley, en relación con la garantía de oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera.

La Comisión acordó rechazar este artículo, por innecesario, ya que la idea que lo inspira fue incorporada, subsumida, en las modificaciones introducidas al proyecto en el curso de este segundo trámite constitucional.

-El rechazo fue acordado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo segundo transitorio (nuevo)

El artículo 20, propuesto por la indicación del Presidente de la República formulada con fecha 30 de marzo de 2004, señala el límite máximo en que puede incrementarse el valor de la Prima Universal que se fije en el primer decreto dictado después del que apruebe las Garantías Explícitas en Salud que entrarán en vigor el 1 de abril de 2007.

Al efecto señala que el aumento del valor de la Prima no podrá exceder de la variación real que experimente el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que

INFORME COMISION SALUD

entrarán en vigor el 1 de abril de 2005 y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso consultar esta disposición como artículo transitorio, considerando que regula una situación específica y limitada en el tiempo.

La Comisión acogió la sugerencia de la señora Senadora y aprobó esta disposición, adecuando su redacción a los acuerdos anteriores, incluyéndola como artículo segundo transitorio.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo tercero transitorio (nuevo)

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso agregar un artículo 44, nuevo, al Párrafo 1º del Título II, del siguiente tenor:

"Artículo 44.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos a que se refieren los números 1, 2 y 3 del artículo 19, los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la prima universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán

INFORME COMISION SALUD

ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso consultar este artículo como transitorio, atendida su naturaleza.

El Honorable Senador señor Boeninger reiteró sus aprensiones frente a la posibilidad de incorporar nuevas variables al modelo de compensación de riesgos, distintas del sexo y la edad, considerando la falta de información verificada que permita medir otro tipo de variables.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide discrepó del planteamiento anterior y destacó la conveniencia de incorporar tantas variables como sean necesarias para completar los antecedentes que permitan compensar efectivamente los mayores riesgos que soportan algunos grupos de la población y que exceden con largueza a las variables de sexo y edad.

La Comisión, considerando la naturaleza de esta disposición, acordó consultarla como artículo transitorio.

-La indicación fue aprobada como artículo tercero transitorio, con ajustes formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

VOTACION EN GENERAL

Una vez concluida la discusión en particular que se ha resumido, la Comisión se pronunció sobre la idea de legislar.

Sometido a votación el proyecto que proponemos más adelante, fue aprobado en general, en forma

INFORME COMISION SALUD

unánime, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados, - que originalmente contemplaba cincuenta y tres artículos permanentes, divididos en seis títulos, y tres artículos transitorios- vio alterada su fisonomía en el curso de la tramitación en la Comisión de Salud, en virtud de los acuerdos que ella adoptó y de diversas indicaciones formuladas por el Presidente de la República.

La nueva estructura consta de cuarenta y un artículos permanentes, agrupados en cuatro Títulos, y cuatro transitorios.

El Título I, "Del Régimen de Garantías en Salud", comprende los artículos 1º a 26 y se divide en seis párrafos, denominados "Disposiciones Generales", "De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", "Del Consejo Consultivo", "De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", "De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud" y "Otras obligaciones", respectivamente.

El Título II, "Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal", comprende los artículos 27 a 34 y se divide en dos párrafos, el primero, relativo a la creación y administración del Fondo, y el segundo, referido al aporte fiscal por concepto de Prima Universal.

El Título III, "Disposiciones Varias", comprende los artículos 35 a 38, que introducen diversas modificaciones a las leyes N°s 18.469 y 18.933 y al decreto ley N° 2.763, de 1979. Además, declara expresamente que determinadas sobre atención médica curativa, que indica, conservarán su vigencia.

El Título IV, "De la Responsabilidad en materia sanitaria", comprende los artículos 39 a 41.

Fueron eliminados los Títulos IV, V y VI, relativos a Fondo Maternal Solidario, al Subsidio Compensatorio de los Aportes al citado Fondo Maternal Solidario y a la Superintendencia de Salud, respectivamente. Lo anterior, debido a que los dos primeros serán tratados conjuntamente con la nueva normativa de Instituciones de Salud Previsional y el último fue incluido en el proyecto de ley que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

INFORME COMISION SALUD

Los principales contenidos del proyecto aprobado por la Comisión de Economía del Senado, son los siguientes:

1.- Crea el Régimen de Garantías en Salud, definido como un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, que establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación o paliativo que el Fondo Nacional De Salud debe cubrir a sus beneficiarios. El Régimen de Garantías en Salud contempla dos tipos de garantías en salud: las explícitas y las que no lo son.

Las Garantías Explícitas, definidas legalmente, permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad. Se caracterizan por que deben ser las mismas para los beneficiarios del sistema público (Fondo Nacional De Salud) y el privado (Instituciones de Salud Previsional) y por constituir derechos para los beneficiarios de ambos sistemas.

2.- Establece el procedimiento para determinar las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, el que consta de las siguientes etapas:

- el Ministerio de Hacienda fija el marco presupuestario y el valor de la prima universal.
- el Ministerio de Salud, tomando en consideración estudios y diversos aspectos detallados por el proyecto, elabora una propuesta preliminar de enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas, que gozarán de garantías explícitas.
- un consultor externo, definido mediante licitación, realiza un estudio de verificación de costos respecto de la propuesta preliminar.
- la propuesta verificada es sometida al Consejo Consultivo, que emite una opinión técnica, no vinculante.
- el Ministerio de Salud dicta un decreto, que debe ser suscrito también por el Ministerio de Hacienda, aprobando el RGS, definiendo las patologías, condiciones de salud y prestaciones asociadas que gozarán de Garantías Explícitas y determinando, para cada patología, el momento desde el cual ellas pueden exigirse.

3.- Crea el Consejo Consultivo, definido como un organismo asesor del Ministro de Salud en lo relativo al análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud. Se compone de nueve miembros de reconocida idoneidad, quienes duran tres años en sus cargos, pudiendo renovarse una única vez y no perciben remuneración por su labor. Será presidido por uno de los consejeros y su

INFORME COMISION SALUD

coordinación estará a cargo de un Secretario Ejecutivo, designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

4.- Determina la vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y dispone su revisión cada tres años, período que se prorrogará tácitamente, con la misma duración, si al vencimiento del plazo no se hubieran verificado modificaciones.

5.- Impone al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional el cumplimiento obligatorio de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, para con sus respectivos beneficiarios, y limita el otorgamiento de prestaciones al territorio nacional, sin perjuicio del acuerdo de las partes en un sentido diferente, en el sistema privado de salud.

6.- Impone a los prestadores de salud, desde el momento en que se hacen exigibles las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, el deber de informar a los beneficiarios, de los sistemas público y privado, que tienen derecho a ellas.

7.- En lo relativo a la forma obtener las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, se distingue entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los afiliados a Instituciones de Salud Previsional. Los primeros, deberán acceder a la respectiva Red Asistencial a través de la atención primaria de salud, excepto casos de urgencia oportunamente certificados. Podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, en cuanto ello no obste al cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad. Podrán optar por atenderse conforme a la Modalidad de Libre Elección, pero, en este caso, no regirán las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Los afiliados a Instituciones de Salud Previsional que deseen acceder a las Garantías Explícitas, a quienes se haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que determine la Institución de Salud Previsional, conforme al plan contratado para el efecto. Podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario; sin embargo, en ese caso, no podrán exigir las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

8.- Crea el Fondo de Compensación Solidario, que será administrado y supervisado por la Superintendencia de Salud y cuyo objetivo será solidarizar riesgos en salud, respecto de las prestaciones garantizadas explícitamente, entre los beneficiarios de los sistemas público y privado.

INFORME COMISION SALUD

A través del Fondo se compensarán entre sí el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional por la diferencia entre la Prima Universal, que es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios de ambos sistemas, y la prima ajustada por riesgos, que es el gasto esperado individual, correspondiente a sus respectivos beneficiarios, en base a un modelo de compensación de riesgos que considere, al menos, las variables de sexo y edad.

9.- Dispone que la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos se determinarán mediante cálculos actuariales que serán encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos idóneos, y que serán considerados por los Ministerios de Salud y Hacienda al determinar, por decreto supremo conjunto, el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos.

10.- Establece que el Fisco, con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud, efectuará un aporte al Fondo Nacional de Salud por cada persona adscrita al sistema público que, por indigencia o por carecer de recursos, está legalmente exenta de efectuar cotizaciones de salud, y por quienes efectúen cotizaciones insuficientes para cubrir el valor de la prima universal.

11.- Introduce modificaciones a las leyes N°s 18.469 y 18.933, con el fin de adecuar sus disposiciones al Régimen de Garantías en Salud creado por este proyecto de ley.

12.- Consagra la responsabilidad extracontractual del Estado por daños originados en la falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios, sin perjuicio del derecho de aquél a repetir en contra de éstos, si hubieran incurrido en falta personal. El particular deberá probar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio.

Establece que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera, al acto médico propiamente tal, de responsabilidad por falta de servicio.

Dispone que en la evaluación del daño moral el tribunal deberá atender a la gravedad del daño y al cambio de las condiciones de existencia del afectado, dadas su edad y sus condiciones físicas.

Establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional responderán por falta de servicio y por incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de la Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, en cuanto el incumplimiento derive de su actuar. Si el incumplimiento es causado

INFORME COMISION SALUD

por la acción u omisión de los prestadores de salud, éstos serán los responsables, en lugar de los aseguradores.

13.- Establece el cronograma que hará posible la entrada en vigencia gradual de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, entre otras normas de carácter transitorio que permiten poner en marcha el nuevo Régimen.

- - - - -

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, vuestra Comisión de Salud propone las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en el primer trámite constitucional por la Honorable Cámara de Diputados:

Artículo 1º

- Suprimir su inciso primero.

(5 x 0)

- En el inciso segundo, sustituir la frase "El Régimen de Garantías en Salud es", por "Las Garantías Explícitas en Salud forman".

(4 x 0)

Artículo 2º

- Eliminar la oración "conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas", y la coma (,) que la precede.

Artículo 3º

- Reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 3º.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera

INFORME COMISION SALUD

y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Isapres, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

”.

(5 x 0)

Artículos 4° y 5°

- Se sustituyen por el siguiente:

“Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado.

INFORME COMISION SALUD

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario

(5 x 0)

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

(4 x 0)

Párrafo 2°**De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

- Reemplazar su epígrafe por el siguiente:

“De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículos 6° y 7°

- Sustituirlos por los que siguen:

“Artículo 5°.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

INFORME COMISION SALUD

Artículo 6º.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

(4 x 0)

Artículo 8º.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 9º.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 10.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

INFORME COMISION SALUD

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 11.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 5º.

(5 x 0)

Artículo 12.- Los cambios en el valor de la Prima Universal que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.”.

(4 x 0)

Párrafo 3º**Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud**

- Eliminar las palabras “del Régimen de Garantías en Salud”.

(3 x 0)

Artículo 8º

- Pasa a ser artículo 14, reemplazado por el que sigue:

“Artículo 14.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.”

(3 x 0)

INFORME COMISION SALUD

Artículo 9º

- Pasa a ser artículo 15, sustituido por el que sigue:

“Artículo 15.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”.

(3 x 0)

Artículos 10 y 11

INFORME COMISION SALUD

- Pasan a ser artículo 16, reemplazados y refundidos en la forma que se indica enseguida:

“Artículo 16.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 11.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe. ”.

(4 x 0)

Párrafo 4º**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

- Sustituir su epígrafe por el que sigue:

“De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículo 12

- Pasa a ser artículo 17, reemplazado como sigue:

INFORME COMISION SALUD

“Artículo 17.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 2° y 3° de este Título.”.

(3 x 0)

Párrafo 5°**De la obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

- Sustituir el epígrafe por el que se señala a continuación:

“De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículo 13

- Pasa a ser artículos 18 y 19, reemplazado en la forma que se indica enseguida:

“Artículo 18.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5° indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumplíndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

INFORME COMISION SALUD

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 19.- Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.”.

(3 x 0)

Artículo 14

- Pasa a ser artículos 20 a 22, sustituido como sigue:

“Artículo 20.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

En caso contrario, deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 21.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

(3 x 0)

INFORME COMISION SALUD

Artículo 22.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.”.

(4 x 0)

Artículo 15

- Pasa a ser artículo 23, reemplazado por el siguiente:

“ Artículo 23.- La Superintendencia de Salud, mediante instrucciones de general aplicación establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.”.

(3 x 0)

Párrafo 6°**Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal**

- Pasa a ser Párrafo 2° del Título II.

(3 x 2)

- - - - -

- Insertar el siguiente Párrafo 6°, y los artículos 24 a 26, nuevos:

“Párrafo 6°
Otras obligaciones

INFORME COMISION SALUD

Artículo 24.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 25.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace.

Artículo 26.- El decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.”.

(3 x 0)

Artículo 16

- Pasa a ser artículo 34, sustituido por el que sigue:

“Artículo 34.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud por cada una de las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y por aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado conforme el Párrafo anterior.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y de sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, siempre que esta diferencia sea mayor a cero.

INFORME COMISION SALUD

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar la indigencia o la carencia de recursos de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.”.

(3 x 2)

Artículo 17

- Suprimirlo.

(5 x 0)

**Título II
DISPOSICIONES VARIAS**

- Pasa a ser Título III.

(5 x 0)

Artículo 18

- Pasa a ser artículo 35, reemplazado por el siguiente:

“Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de

INFORME COMISION SALUD

los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.”.

(4 x 0)

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

(3 x 2 abst.)

Artículo 19

- Pasa a ser artículo 36, sustituido por el siguiente:

“Artículo 36.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

INFORME COMISION SALUD

- a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).
- b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma(,).
- c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

- a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

- b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley Nº 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

- c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

- d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

INFORME COMISION SALUD

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

"Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 24 de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

"Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

(4 x 0)

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

(5 x 0)

INFORME COMISION SALUD

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas garantías explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”

(4 x 0)

Artículo 20 y 21

INFORME COMISION SALUD

- Pasan a ser artículos 37 y 38, redactados como se expresa a continuación:

“Artículo 37.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

(3 x 1 abst.)

Artículo 38.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.”

(4 x 0)

Título III DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

- Pasa a ser Título II, agregándose al final del epígrafe lo siguiente: “Y DEL APOORTE FISCAL”.

(3 x 0)

- Insertar a continuación el siguiente epígrafe:

“Párrafo 1°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario”

(3 x 0)

Artículo 22

- Pasa a ser artículo 27, reemplazado por el que sigue:

“Artículo 27.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, que tendrá por objetivo solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los de las Instituciones de Salud Previsional, con relación a las prestaciones garantizadas explícitamente, a que se refiere esta ley.

El referido Fondo será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud.”.

INFORME COMISION SALUD

(3 x 0)**Artículos 23 a 26**

- Pasan a ser artículos 28 a 30, sustituidos por los siguientes:

“Artículo 28.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la Prima Universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La Prima Universal es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.

Artículo 29.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, todo ello de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6º y siguientes.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiera evidencia de que ellas afectan significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejan preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y deberá haberse implementado el registro de éstas, para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

(3 x 2 abstenciones)

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

(4 x 1)

INFORME COMISION SALUD

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.”.

(3 x 2 abst.)

Artículo 27

- Pasa a ser artículo 31, reemplazando la frase final “que el Ministerio de Salud imparta”, por “de general aplicación que imparta dicha Superintendencia”, y la palabra “indicadas”, por “indicados”.

(3 x 2 abst.)

- - - - -

- Intercalar el siguiente artículo 32, nuevo:

“Artículo 32.- La Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud de las obligaciones que establece este Título.

En caso de que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda, la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de la ley N° 18.933. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días hábiles y, si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

(3 x 2 abstenciones)

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.”.

(3 x 2)

INFORME COMISION SALUD

Artículo 28

- Pasa a ser artículo 33, sin otra enmienda.

- Insertar enseguida el siguiente epígrafe:

"Párrafo 2º

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal"

(3 x 2 abst.)

- Como se dijo con anterioridad, el artículo 16, sustituido, pasó a ser el artículo 34, que integra este Párrafo.

Título IV**DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

- Eliminarlo, así como los artículos 29 a 34, que lo componen.
- (5 x 0)**

Título V**DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO
MATERNAL SOLIDARIO**

- Suprimirlo, lo mismo que los artículos 35 y 36, que lo integran.
- (5 x 0)**

Título VI**DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

- Rechazarlo, al igual que los artículos 37 a 53, que lo conforman.
- (5 x 0)**

- Incorporar a continuación el siguiente Título IV, nuevo:

"TITULO IV

DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

INFORME COMISION SALUD

Artículo 39.- En materia sanitaria, los órganos de la Administración del Estado serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios. No obstante, el Estado tendrá derecho a repetir contra el funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

El cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Artículo 40.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

(5 x 0)

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

(4 x 1)

Artículo 41.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.”.

(5 x 0)

- - - - -

INFORME COMISION SALUD

ARTÍCULOS TRANSITORIOS**Artículo primero**

- Sustituirlo por los siguientes artículos primero y cuarto transitorios:

“Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las garantías se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las garantías se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las garantías se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.”.

(4 x 0)

“Artículo cuarto.- Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud de la ley N° 18.933, vigentes a la época de entrada en vigor del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar de esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y para el plan complementario.

INFORME COMISION SALUD

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, los afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previsional que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley, pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Institución de Salud Previsional determine para las Garantías Explícitas y para el plan complementario.”.

(5 x 0)

Artículos segundo a sexto

- Rechazarlos.

(5 x 0)

- - - - -

- Insertar los siguientes artículos segundo y tercero transitorios, nuevos:

“Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

(4 x 0)

Artículo tercero.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos que se dicten para dar aplicación al dispuesto en los números 1, 2 y 3 del artículo 1° transitorio, los Ministerios de Salud y de Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la Prima Universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.”.

(5 x 0)

- - - - -

INFORME COMISION SALUD

Si son aprobadas las modificaciones anteriores, el proyecto de ley cuya aprobación propone la Comisión de Salud queda como sigue:

INFORME COMISION SALUD

PROYECTO DE LEY:**"TÍTULO I**
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD**Párrafo 1°**

Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán

INFORME COMISION SALUD

constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de

INFORME COMISION SALUD

prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Párrafo 2°

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 5°.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 6°.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

Artículo 7°.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 8°.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales

INFORME COMISION SALUD

intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 9°.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 10.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 11.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 5°.

Artículo 12.- Los cambios en el valor de la Prima Universal que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones

INFORME COMISION SALUD

otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo

Artículo 14.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 15.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

INFORME COMISION SALUD

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 16.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 11.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 4°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 17.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes

INFORME COMISION SALUD

siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 2º y 3º de este Título.

Párrafo 5º

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 18.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5º indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumplíndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 19.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados

INFORME COMISION SALUD

oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 20.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 21.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 22.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo

INFORME COMISION SALUD

de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Párrafo 6°

Otras obligaciones

Artículo 24.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 25.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace.

Artículo 26.- El decreto de Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

INFORME COMISION SALUD

TÍTULO II

DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO Y DEL APOORTE FISCAL

Párrafo 1°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 27.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, que tendrá por objetivo solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los de las Instituciones de Salud Previsional, con relación a las prestaciones garantizadas explícitamente, a que se refiere esta ley.

El referido Fondo será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud.

Artículo 28.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la Prima Universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La Prima Universal es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.

Artículo 29.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, todo ello de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6° y siguientes.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiera evidencia de que ellas afectan

INFORME COMISION SALUD

significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejan preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y deberá haberse implementado el registro de éstas, para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 31.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que imparta dicha Superintendencia.

Artículo 32.- La Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud de las obligaciones que establece este Título.

En caso de que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda, la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de la ley N° 18.933. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de

INFORME COMISION SALUD

la garantía dentro del plazo de veinte días hábiles y, si no lo hiciere, se le aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 33.- Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

Párrafo 2º

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal

Artículo 34.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud por cada una de las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y por aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado conforme al Párrafo anterior.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y de sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y de sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, siempre que esta diferencia sea mayor a cero.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar la indigencia o la carencia de recursos de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

TÍTULO III

DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

INFORME COMISION SALUD

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

INFORME COMISION SALUD

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.”.

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

Artículo 36.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”.

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

“En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:”.

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

“a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

INFORME COMISION SALUD

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.”.

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

”c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en la modalidad de libre elección”; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

“El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.”.

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 24 de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas

INFORME COMISION SALUD

en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

INFORME COMISION SALUD

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículo 37.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 38.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO IV

DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Artículo 39.- En materia sanitaria, los órganos de la Administración del Estado serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios. No obstante, el Estado tendrá derecho a repetir contra el funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

El cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

INFORME COMISION SALUD

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Artículo 40.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 41.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

- 1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.
- 2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.
- 3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

INFORME COMISION SALUD

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo tercero.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos que se dicten para dar aplicación a lo dispuesto en los números 1, 2 y 3 del artículo 1° transitorio, los Ministerios de Salud y de Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la Prima Universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.

Artículo cuarto.- Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud de la ley N° 18.933, vigentes a la época de entrada en vigor del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar de esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y para el plan complementario.

INFORME COMISION SALUD

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, los afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previsional que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley, pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Institución de Salud Previsional determine para las Garantías Explícitas y para el plan complementario.”.

- - - - -

Acordado en sesiones de fechas 28 de agosto; 4 de septiembre; 7, 13 y 14 de octubre; 9, 11 y 16 de diciembre de 2003; 6 de enero, y 2 de marzo de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señora Evelyn Matthei Fonet (Presidenta), Alberto Espina Otero, Mario Ríos Santander, Mariano Ruiz-Esquide Jara (Jorge Lavandero Illanes), (Sergio Páez Verdugo), y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

En un segundo período, se celebraron sesiones los días 29 y 30 de marzo, y 4, 6, 8, 12 y 13 de abril de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fonet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 30 de abril de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

INFORME COMISION SALUD

RESUMEN EJECUTIVO**PRIMER INFORME DE LA COMISION DE SALUD ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD.****(Boletín N° 2947-11)****I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:**

- Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.

- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.

- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados por el Estado, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.

- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Crear el Fondo de Compensación Solidario, cuya finalidad es compensar riesgos entre el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, provenientes de las variables sexo y edad.

- Adecuar las leyes N° 18.469 y N° 18.933 a los cambios generados por el proyecto.

- Regular la implementación gradual del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Regular la responsabilidad extracontractual del Estado en el área de la salud.

II. ACUERDOS: aprobado en general por unanimidad (5 x 0).

INFORME COMISION SALUD

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISION: está formado por 41 artículos permanentes, agrupados en cuatro Títulos, y cuatro artículos transitorios.

IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL: El Título IV incorporado al texto por la Comisión, "De la Responsabilidad en Materia Sanitaria", tiene carácter de ley orgánica constitucional, porque desarrolla para dicho ámbito las reglas de los artículos 4º y 42 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

V. URGENCIA: a la fecha de este informe, no tiene urgencia vigente.

VI. ORIGEN INICIATIVA: mensaje del Presidente de la República.

VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS: 15 de enero de 2003.

IX. INICIO TRAMITACION EN EL SENADO: 21 de enero de 2003.

X. TRAMITE REGLAMENTARIO: primer informe.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

b) Ley Nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley Nº 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de

INFORME COMISION SALUD

Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

- e) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.
- f) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.
- g) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.
- h) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.
- i) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
- j) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.
- k) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- l) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- m) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- n) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- ñ) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- o) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- p) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- q) Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos.
- r) Ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

INFORME COMISION SALUD

Valparaíso, 30 de abril de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

INDICE

Constancias y asistentes	1
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	2
Antecedentes de derecho	4
Discusión en general	6
Discusión en particular	18
Votación en General	97
Modificaciones	101
Texto del proyecto de ley	123
Sesiones y firmas	140
Resumen Ejecutivo	141
Indice	144

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

2.2. Informe Complementario de Comisión Salud

Senado, 17 de mayo de 2004. Cuenta en Sesión 58, Legislatura 350

INFORME COMPLEMENTARIO DE LA COMISION DE SALUD,
recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que
establece el Régimen de Garantías en Salud.

BOLETÍN N° 2.947-11.**HONORABLE SENADO:**

En sesión ordinaria del día miércoles pasado, 5 de mayo en curso, la sala del Senado acordó, antes de proceder a discutir y votar en general el proyecto de la suma, volverlo a la Comisión de Salud, a fin de perfeccionar algunos puntos del mismo, antes de decidir acerca de la idea de legislar.

A las sesiones en que estudiamos este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los señores Ministros de Hacienda, don Nicolás Eyzaguirre Guzmán; de Salud, don Pedro García Aspillaga, y Secretario General de la Presidencia, don Francisco Huenchumilla Jaramillo.

Asimismo, se hicieron presentes el Director del Fondo Nacional de Salud, don Alvaro Erazo Latorre; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, don Andrés Romero Celedón; el Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman Ramos; la asesora del Ministerio de Hacienda, señora Consuelo Espinosa Marty; el Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, don Hernán Sandoval Orellana; el asesor de dicha Comisión, don Gianpiero Fava Cohen; el Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal y el Jefe del Departamento de Estudios de la misma Superintendencia, señores Ulises Nancuante Almonacid y Alberto Muñoz Vergara.

Corresponde consignar que, como consecuencia de los cambios introducidos al texto del proyecto en este Informe Complementario, todos sus preceptos son propios de ley común.

El señor Ministro de Salud explicó que el Ejecutivo tiene máximo interés en el pronto despacho de la presente iniciativa de ley y aspira a que ella cuente con una alta votación favorable en la sala del Senado.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

En esa perspectiva, indicó que existen tres temas en que los acuerdos de fondo están todavía pendientes, lo que hace recomendable profundizarlos, y aun posponer su consideración.

El primero, es el del copago con que deberán concurrir los beneficiarios de los sistemas de salud al financiamiento de las prestaciones que gozarán de Garantías Explícitas, materia en que se presentará una propuesta que recoja las observaciones formuladas durante la discusión general del proyecto en la Comisión y salve los reparos que suscita la formulación aprobada en general.

El segundo, es el relativo a la responsabilidad estatal por falta de servicio en materia sanitaria, que requiere algunas precisiones de técnica legislativa que reflejen la intención del Ejecutivo en orden a que ninguno de los preceptos del proyecto de ley sea propio de ley orgánica constitucional.

El tercero, es el Fondo de Compensación Solidario, sobre el cual hay un claro disenso que motiva al Ejecutivo a retirarlo del proyecto, para su reconsideración, a fin de replantearlo en otra ocasión.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó, en relación con los preceptos del Título IV del proyecto, sobre Responsabilidad en Materia Sanitaria, que el consenso alcanzado en la Comisión, y las consultas realizadas recientemente entre los legisladores, permiten augurar que es posible obtener los votos necesarios para aprobarlos, incluso si requirieran quórum de ley orgánica constitucional.

En lo referente a la Garantía Explícita de Protección Financiera, contenida en la letra d) del artículo 4º del proyecto, señaló que es indispensable encontrar una fórmula de acuerdo, antes de proponer a la sala la votación en general.

Aparte de lo anterior, el señor Senador adelantó algunos temas en que es indispensable hacer mayor claridad para superar las naturales resistencias que, como todo proceso de cambios, provoca la Reforma de la Salud. En este sentido, dijo, debe quedar de manifiesto en qué medida existirá gratuidad en la atención otorgada en el nivel de Atención Primaria de Salud, en el caso de enfermedades de costo catastrófico y para las personas de la tercera edad. Debe ser palmario para la gente que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud mejora la realidad sanitaria, y no a la inversa.

La Honorable Senadora señora Matthei valoró el retiro del Fondo de Compensación Solidario, contenido en el Título II del proyecto de ley en informe, pues su inclusión provocaba serias dificultades para aprobar la idea de legislar. El retiro hace posible contar con parte importante de los votos de Senadores de la Alianza por Chile, agregó.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Por lo que respecta al Título IV, sobre responsabilidad estatal en materia sanitaria, aseguró que no hay reparos al mismo, y que podría ser aprobado incluso si requiriera quórum de ley orgánica constitucional.

Respecto de los copagos, señaló que es preciso hacer claridad, antes de la votación en general, sobre las líneas gruesas de solución, a saber: que las personas clasificadas en los Grupos A y B del artículo 29 de la ley N° 18.469, indigentes y afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual, no tengan obligación de pagar por las prestaciones; que el copago vaya ascendiendo progresivamente, en función del ingreso de los afiliados, y que él sea similar para los afiliados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, de manera que no se convierta en un factor para optar entre uno y otras.

Enunció también otro aspecto de la iniciativa en debate que deberá ser precisado oportunamente, cual es el de la gratuidad. Se dice que los adultos mayores gozarán de las Garantías Explícitas sin deber de copago, lo que no figura en el proyecto. Además, dado que la Reforma de la Salud incrementará el número y la complejidad de las prestaciones que se otorgan en el nivel de Atención Primaria de Salud, es necesario y conveniente analizar alguna forma de copago en dicho nivel.

El Honorable Senador señor Boeninger constató que el tema más conflictivo, el Fondo de Compensación Solidario, quedará resuelto en la forma anunciada por el señor Ministro de Salud y se manifestó conforme con los criterios adelantados para resolver el problema del copago.

Propuso que la Comisión adopte un acuerdo explícito, refrendando la interpretación obvia del artículo 30 de la Ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, que hizo la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento al informar sobre una consulta de los Comités respecto de la forma de votar en general el proyecto de ley que derogó la pena de muerte, (Boletín N° 2.367-07). En ese informe se asentó que "Si un proyecto de ley que contiene normas que requieren distinto quórum de aprobación, cada grupo de ellas debe votarse separadamente, tanto en general como en particular, con la mayoría especial requerida en cada caso.". Lo que no hace sino confirmar el tenor claro del citado artículo 30 de la Ley Orgánica Constitucional, que reza a la letra: "Las diversas disposiciones de un mismo proyecto que para su aprobación necesiten mayorías distintas a la de los miembros presentes, se aprobarán en votación separada, primero en general y después en particular, con la mayoría especial requerida en cada caso.".

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide destacó la coincidencia que se advierte en los planteamientos de quienes han intervenido en el debate y subrayó la necesidad de aclarar los aspectos sobre los cuales falta algún grado de precisión, que han sido enunciados por los señores Senadores.

Enfatizó que el retiro del Fondo de Compensación Solidario, para un estudio más detenido que permita alcanzar mayor madurez acerca del mismo, ha hecho posible el acuerdo para aprobar en general el proyecto y que, según ha expresado el señor Ministro de Hacienda, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud cuenta con financiamiento suficiente para ser puesto en marcha.

El Presidente de la República, con fecha 17 de mayo de 2004, formuló indicación destinada a plasmar en el proyecto en informe los acuerdos previamente reseñados.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación del Ejecutivo modifica el proyecto previamente aprobado por la Comisión del Salud del Senado, en los siguientes aspectos:

-Retirando el Título II, "Del Fondo de Compensación Solidario";

-Precisando con mayor nitidez los copagos que deberá efectuar el beneficiario y determinando la cobertura financiera adicional, y

-Perfeccionando la regulación de la responsabilidad extracontractual del Estado en materia sanitaria.

La indicación se desglosa en 16 numerales y a continuación se consignan los acuerdos alcanzados por la Comisión respecto de los mismos.

Nº1)

Este numeral incide en el artículo 1º, que dispone que las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido por el artículo 4º de la ley Nº 18.469, así como de las prestaciones debidas a los afiliados al sistema privado de salud. La norma agrega que el régimen en comento, sumado a las

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

acciones de salud pública, conforma el denominado "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas".

La indicación propone sustituir el artículo 1º antes reseñado por otro que dispone que el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas se constituye por las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

El señor Ministro de Salud explicó que esta modificación tiene por objeto uniformar los conceptos empleados en el proyecto, con aquellos establecidos por la ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión acordó diferir el debate respecto de este artículo hasta el segundo informe, considerando que se convino en circunscribir las modificaciones introducidas por este primer informe complementario a los temas específicos, ya enunciados.

-Fue rechazado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº2)

Este numeral modifica el artículo 2º del proyecto, norma que define el Régimen de Garantías en Salud como un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

La modificación propuesta consiste en sustituir la frase "de carácter general y obligatorio" por la frase: "que forma parte del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas".

En atención a las mismas consideraciones señaladas respecto del numeral anterior, la Comisión acordó rechazar este numeral y postergar la discusión sobre el particular hasta el segundo informe.

-Fue rechazado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº3)

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Este numeral modifica el artículo 3º del proyecto, que, en su inciso primero, dispone que el Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley 18.469.

El inciso segundo agrega que, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

El inciso tercero señala que las Garantías contempladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El inciso cuarto impone al Ministerio de Salud la obligación de dictar las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Finalmente, el inciso final establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

Las modificaciones al artículo 3º, introducidas por la indicación en análisis, se dividen en dos literales.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El literal a) propone suprimir, en el inciso segundo del artículo 3º, la frase "A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de la compensación a que se refiere el Título II de esta ley."

El Ejecutivo explicó que esta indicación busca compatibilizar los artículos 3º y 6º, ya que este último dispone que el valor de la Prima Universal será determinado por el Ministerio de Hacienda y a ese valor deberán adecuarse las prestaciones y sus garantías explícitas.

La Honorable Senadora señora Matthei concordó con el planteamiento anterior, agregando que, toda vez que se cuenta con recursos limitados, es indispensable que las prestaciones garantizadas explícitamente se determinen sobre la base de los fondos disponibles.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide hizo presente la importancia de aclarar que la determinación de las prestaciones explícitamente garantizadas no puede definirse exclusivamente por el criterio económico que rige las decisiones del Ministerio de Hacienda, debiendo otorgarse preeminencia a las prioridades sanitarias.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, por su parte, destacó que el Ministerio de Hacienda no fija el valor de la Prima Universal en abstracto ni en forma arbitraria, sino que debe hacerlo sobre la base de las necesidades sanitarias detectadas por el Ministerio de Salud.

El Honorable Senador señor Espina estuvo de acuerdo con la proposición del Ejecutivo, ya que la redacción actual acarrea confusión respecto a cual es el elemento determinante del valor de la Prima Universal.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló la conveniencia de eliminar la referencia a la Prima Universal del artículo 3º, para no contravenir el espíritu de la Comisión al aprobar el artículo 6º y propuso reforzar el concepto de que las prioridades sanitarias deben ser tenidas en consideración.

Por su parte, el Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso reemplazar la frase que la indicación propone eliminar, por la siguiente: "El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.", sugerencia que fue acogida por la mayoría de la Comisión.

-El literal a) fue aprobado con estas modificaciones, con el voto favorable de los Honorables Senadores

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

Enseguida, el literal b) propone reemplazar, en el inciso final, la frase: "asegura en su modalidad de libre elección", por la siguiente: "asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 24 de esta ley,".

El Ejecutivo hizo presente que esta indicación obedece a la necesidad de conciliar este artículo con lo aprobado en el artículo 30 del proyecto, que obliga a las Instituciones de Salud Previsional a entregar a sus afiliados las prestaciones que el Fondo Nacional de Salud proporciona como mínimo a sus beneficiarios, en la modalidad de libre elección.

-Fue aprobado, con modificaciones formales y de referencia interna, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 4)

Incide en el artículo 4º del proyecto, que consagra diversas definiciones legales, particularmente el literal b) define la Garantía Explícita de Calidad. La indicación propone reemplazar las palabras: "y acreditado" por "o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937".

El Ministro de Salud explicó que esta modificación adecúa el proyecto a lo dispuesto por la recientemente aprobada ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

Agregó que el literal b) del artículo 4º contempla la definición de la Garantía Explícita de Calidad y señala que por tal se entenderá el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado. No obstante, el registro y la acreditación no pueden ser exigidos copulativamente ya que ambos se aplican respecto de distintos prestadores de salud, correspondiéndole a los prestadores individuales el registrarse y a los institucionales el acreditarse.

-Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 5)

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Inserta, a continuación del artículo 4°, el siguiente Párrafo 2°, nuevo, modificándose la numeración correlativa:

"Párrafo 2°

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional, el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

El deducible deberá ser acumulado en un periodo máximo de 12 meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o en prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

Artículo 7°.- No obstante lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o en el designado por la Institución de Salud Previsional . En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional .

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Artículo 8°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y aquellos pertenecientes al Grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En el caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y a aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469 será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en el caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio, deberá calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido periodo, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

Artículo 9°.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

En el caso de existir más de un evento en un periodo de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469 será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho para configurar un evento, el momento de inicio y término del mismo, la circunstancia bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir beneficiarios, prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional .”.

La Honorable Senadora señora Matthei observó que sería más lógico, si se trata de precisar el contenido de la Garantía Explícita de Protección Financiera, indicar que es obligación del asegurador financiar el 80% del costo de las prestaciones, y no que es deber del cotizante o beneficiario concurrir con el 20% del mismo.

Los representantes del Ejecutivo replicaron que ambas opciones son válidas y que el proyecto se inclinó por definir el máximo a que estará obligado el afiliado, recalando que los aseguradores pueden libremente otorgar mayor cobertura, como en el caso de los beneficiarios de los Grupos A y B de Fondo Nacional de Salud, a quienes se financia el 100% de las prestaciones.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Agregaron que los artículos del nuevo Párrafo 2º otorgan una protección adicional a las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud: por una parte, está el límite de 20% fijado en la letra d) del artículo 4º y, por otra, los topes en función del ingreso individual o familiar que consignan estos preceptos. Explicaron que el ingreso familiar se aplica en caso que haya más de un evento, dentro del período de doce meses utilizado para fijar el deducible.

Entregaron tres tablas que ejemplifican la aplicación de la cobertura adicional a usuarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, las que se agregan al final, como anexos.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que habrá que sopesar y calibrar muy bien este tema antes de aprobar en particular el proyecto, porque debe encontrarse un justo punto de equilibrio para que esta carga no impida a las personas mantener un nivel de vida digno. Hizo presente que las tablas exhibidas demuestran que en ciertos niveles de ingreso, que sólo permiten a las familias la subsistencia y no el ahorro, el copago resulta imposible de cumplir. Preguntó si el Ejecutivo tendría la disposición para consagrar por ley el actual límite de 10% para el Grupo C del artículo 29 de la ley N° 18.469.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que una norma justa sería que quienes tienen ingresos del orden de los \$ 150.000 mensuales no pagaran más de un 10% de su renta anual, como tope. Por otro lado, hay que precaver eventuales abusos de personas que declaren rentas inferiores a las que efectivamente perciben, para obtener mayor cobertura financiera del asegurador y beneficiarse de una mayor liquidez. Por último, consultó si la autoridad sanitaria o el Fondo Nacional de Salud tienen facultad para condonar deudas incobrables, en un proceso en que se resolvería caso a caso.

El señor Ministro resaltó que la proposición que se ha formulado es considerablemente superior a la situación actualmente vigente y que la facultad para condonar viene propuesta más adelante. Comprometió la mantención del actual límite de 10% de copago para el Grupo C del artículo 29 de la ley del Fondo Nacional de Salud.

Puntualizó que si el costo del tratamiento supera el monto deducible, el afiliado sólo pagará ese tope, y si es inferior, el porcentaje que le corresponda según su ingreso. Recordó que en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud queda cubierto desde el transporte del enfermo o accidentado, hasta los medicamentos.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Añadió que la cobertura para las enfermedades de costo catastrófico será trata en el proyecto que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

El señor Director del Fondo Nacional de Salud, Dr. Alvaro Erazo, acotó que existe la facultad legal para otorgar créditos a los afiliados para el pago de la parte de su cargo, que esos préstamos bordean los \$ 24.000 millones anuales y que la recuperación de los mismos supera el 70%.

El Honorable Senador señor Boeninger hizo presente que, en el mediano plazo, la cobertura adicional para casos de patologías de costo catastrófico y las que estarán cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud tenderán a coincidir. Planteó que, en lugar de otorgar créditos o acordar condonaciones, se podría permitir al asegurador hacer un aporte extraordinario al financiamiento, en esos casos.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide declaró que la salud debe es un derecho que no debe depender de la capacidad de pago de las personas. Recordó que el llamado encarnizamiento terapéutico es éticamente reprochable desde el punto de vista médico, y que si existe la posibilidad real de éxito en un tratamiento, éste debe realizarse, independientemente de su costo.

Atendidos los planteamientos efectuados por los miembros de la Comisión, se decidió aprobar en general la proposición del Ejecutivo, sin perjuicio de revisarla detalladamente en el trámite de segundo informe.

Además, se acogió el planteamiento del Honorable Senador señor Viera-Gallo, en el sentido de reordenar las disposiciones de este Párrafo 2º, que quedó de la manera que se consigna en las modificaciones.

-Fue aprobado, con las enmiendas señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº6)

Incide en el artículo 6º del proyecto aprobado por esta Comisión, que dispone que, al iniciarse el proceso destinado a establecer el conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud, y de prestaciones asociadas, que gozará de Garantías Explícitas, el Ministerio de Hacienda deberá fijar el marco de recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

La indicación del Presidente de la República propone agregar a este artículo un inciso segundo, nuevo, que define la Prima Universal como el "gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley."

El Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman, explicó que la Prima Universal debe reflejar el costo esperado para la Institución de Salud Previsional o para el Fondo Nacional de Salud, deducido el 20% correspondiente al copago de cargo del afiliado.

Ante una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto a si la eliminación del Fondo de Compensación Solidario implica un distinto valor de la Prima Universal para los usuarios de los sistemas público y privado de salud, el representante del Ejecutivo explicó que el valor referencial es idéntico para ambos sistemas.

-Fue aprobado por unanimidad, en los mismos términos propuestos, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Como consecuencia del acuerdo anterior, se modificaron diversas referencias internas del proyecto, según se consigna en el capítulo de las modificaciones.

Nº7)

Modifica el artículo 12 del proyecto, norma que consagra la regla general respecto de las alteraciones que experimente el valor de la Prima Universal resultantes de modificaciones al Régimen de Garantías en Salud, disponiendo que las referidas modificaciones no podrán exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

La indicación propone eliminar el requisito de que las alteraciones del valor de la Prima Universal deba ser consecuencia de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud.

El Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, don Andrés Romero, explicó que esta modificación adecúa el proyecto a las modificaciones introducidas al sistema originalmente

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

propuesto, en el sentido de que las Garantías suponen la definición previa del marco presupuestario y del valor de las Prima Universal, y no a la inversa.

-El numeral 7) fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo.

Nº8)

Modifica el artículo 17, disposición que señala el plazo de entrada en vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y sus posteriores modificaciones, lo que tendrá lugar el primer día del sexto mes siguiente a la publicación del decreto respectivo.

El inciso segundo agrega que las Garantías Explícitas serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia y precisa que, si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, éstas se entenderán prorrogadas por otros tres años.

La indicación propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase "Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia", por la frase "Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años".

-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo.

Nº 9)

Incide en el inciso primero del artículo 20 del proyecto, precepto que dispone que los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deben ser atendidos, al profesional que prefieran, concordando la disponibilidad con la satisfacción de la garantía de oportunidad.

La indicación propone precisar que el Director del establecimiento será el encargado de determinar si existe la mencionada disponibilidad.

El Ejecutivo precisó que esta modificación obedece al interés de adecuar el proyecto a las disposiciones de la ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

-Fue aprobado sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 10)

Incide en el artículo 25, que dispone que el incremento del costo esperado por beneficiario, que derive de modificaciones de la cobertura financiera para la modalidad de libre elección, no podrá ser superior a la variación real del Índice General de Remuneraciones por Hora.

Este numeral precisa el período durante el cual debe medirse la variación real del citado Índice y, a tal efecto, propone incorporar la siguiente frase: "entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación."

-Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 11)

Modifica el artículo 26 del proyecto, disposición que entrega al decreto que aprueba el Régimen de Garantías en Salud la determinación de las metas de cobertura del examen de medicina preventiva a que alude el literal a) del artículo 8º de la ley N° 18.469, y dispone que las mismas serán obligatorias tanto para el sistema público como para el privado.

Este numeral propone precisar dicha norma, reemplazando, en el inciso primero, la referencia al "decreto de Garantías" por otra al "decreto que fije las Garantías".

-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº12)

Propone eliminar el Título II del texto aprobado por esta Comisión en su primer informe, denominado "Del Fondo de Compensación Solidario".

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº13)

Incide en el artículo 35 del proyecto, disposición que introduce diversas modificaciones a la ley N° 18.469 y propone agregarle un numeral 5, nuevo, modificando la numeración correlativa.

Dicho numeral 5, nuevo, a su vez, incide en el inciso final del artículo 30 de la ley N° 18.469. El citado artículo 30 consagra la contribución estatal, a través del Fondo Nacional de Salud, en el financiamiento de las prestaciones médicas a las que se refiere dicho cuerpo legal, en el porcentaje que la misma norma indica. A su turno, el inciso final, faculta al Director del Servicio de Salud para condonar total o parcialmente el pago que sea de cargo del afiliado, en casos excepcionales y por motivos fundados, conforme a criterios predefinidos en resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

La indicación propone modificar el inciso final del artículo 30 en los siguientes aspectos:

i. Sustituyendo la referencia al "Servicio de Salud" por otra al "Fondo Nacional de Salud", y

ii. Reemplazando la oración "de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud" por la siguiente oración precedida por una coma (,): "pudiendo encomendar dicho cometido a los directores de Servicios de Salud y a los directores de establecimientos de autogestión en red."

El Ejecutivo precisó que, mediante esta indicación, se radica en el Fondo Nacional de Salud la facultad de condonar el copago que sea de cargo del beneficiario, facultad que puede ser delegada en los Directores de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red.

-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº14)

Este numeral incide en el artículo 36, que introduce modificaciones a la ley N° 18.933. Su numeral 4 intercala un Párrafo 5º, nuevo, denominado "De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", conformado por los artículos 42 A a 42 E.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Más precisamente, la indicación recae en el artículo 42 B.

Cabe recordar que el inciso primero de el citado artículo 42 B impone a las Instituciones de Salud Previsional, sin perjuicio de la fecha de afiliación, la obligación de asegurar las Garantías Explícitas desde el primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones, destacando que dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el citado decreto sea revisado y modificado.

El inciso segundo agrega que la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas, el que se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país y será publicado por la Superintendencia en el Diario Oficial, al menos 30 días antes de la vigencia del decreto. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio desde la referida publicación.

El inciso tercero señala que el precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto, o en un plazo menor, si es revisado antes del período de tres años.

Finalmente, el inciso cuarto indica que en las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo, agregando que, si no dice nada, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

La indicación propone insertar, a continuación del inciso segundo del artículo 42 B de la ley N°18.933, un inciso tercero, nuevo, que dispone que la Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplimiento de la respectiva anualidad; precisando que, en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo y agregando que la opción elegida por la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos sus afiliados.

Ante una consulta realizada por la Honorable Senadora señora Matthei, se explicó que esta norma sólo dice relación con patologías o condiciones de salud que gocen de Garantías Explícitas.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

-Fue aprobado, con modificaciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº15)

Incide en el artículo 39, que establece la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que causen a particulares por falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios, sin perjuicio del derecho a repetir contra el funcionario que hubiera cometido falta personal.

El inciso segundo dispone que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

Finalmente, el inciso tercero impone al particular la prueba de que el perjuicio es resultante de la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

Este numeral propone reemplazar este artículo por los siguientes artículos 39 y 40:

“Artículo 39.- Los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

Se entenderá que hay falta de servicio cuando por incumplimiento de las normas legales o reglamentos que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años contados desde la acción u omisión.”.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente la conveniencia de reincorporar el inciso segundo del artículo 39, que disponía que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal, y propuso discutir el punto con ocasión del segundo informe.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger sugirió que, en la misma oportunidad, se analice con detención la posibilidad de consagrar el agotamiento previo de la vía administrativa en este ámbito.

-Fue aprobado con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº16)

Incide en los artículos tercero y cuarto transitorios.

La primera de estas disposiciones establece que, para realizar las compensaciones legales procedentes durante los períodos correspondientes a los tres decretos a que se refieren los números 1, 2 y 3 del artículo 1º transitorio, los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la prima universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

El artículo cuarto transitorio, por su parte, precisa el momento desde el cual el Régimen de Garantías en Salud comenzará a constituir parte del marco legal de los contratos de salud previsional de la ley N° 18.933. Al efecto, dispone que los contratos del sector privado de salud que se celebren después de la entrada en vigor del nuevo Régimen, deben ajustarse a sus disposiciones, y los vigentes a esa fecha deberán conformarse con sus regulaciones al cumplirse la primera anualidad. Sin perjuicio de franquear la posibilidad de solicitar a la Institución de Salud Previsional el inmediato ajuste del contrato al Régimen, pagando el citado ajuste desde entonces, con el fin de gozar de las Garantías Explícitas.

La indicación del Presidente de la República propone reemplazar los referidos artículos tercero y cuarto transitorios por el siguiente artículo tercero:

"Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme lo dispuesto en la ley N° 19.937"

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Frente a una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Espina, respecto a la fecha en la cual entrarían en vigor los citados sistemas de certificación, acreditación y registro, el Ejecutivo precisó que esa fecha aún se desconoce, debiendo ocurrir poco después del 1 de enero de 2005, fecha de constitución de la Superintendencia de Salud.

-Fue aprobado, con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Salud propone las siguientes modificaciones al proyecto de ley contenido en el primer informe elevado a la consideración del Senado:

Artículo 3º

- Reemplazar la oración final del inciso segundo, que dice "A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley", por la siguiente: "El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley".

(4 x 1 abstención)

- Sustituir, en el inciso quinto, la frase "asegura en su modalidad de libre elección", por esta otra: "asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley,".

(5 x 0)

Artículo 4º

- Reemplazar, en la letra b), las palabras "y acreditado", por la frase "o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937".

(5 x 0)

Insertar, luego del artículo 4º, el siguiente Párrafo 2º, nuevo, conformado por los artículos 5º a 10, pasando los actuales Párrafos 2º a 6º a

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

ser Párrafos 3º a 7º, y los artículos 5º a 26 a ser artículos 11 a 32, respectivamente

"Párrafo 2º
De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5º.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4º de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6º.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7º.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional. En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso de que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.”.

(5 x 0)

Artículo 6º

- Pasó a ser artículo 12.
- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Se entenderá por Prima Universal el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.”.

(5 x 0)

Artículo 11

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

- Pasó a ser artículo 17.
- Sustituir la referencia al artículo 5º, por otra al artículo 11. **(5 x 0)**

Artículo 12

- Pasó a ser artículo 18.
- Suprimir la frase "que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud".
(5 x 0)

Artículo 16

- Pasó a ser artículo 22.
- Reemplazar la referencia al artículo 11, por otra al artículo 17. **(5 x 0)**

Artículo 17

- Pasó a ser artículo 23.
- Reemplazar, en el inciso segundo, la frase inicial "Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia.", por la siguiente: "Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años."
(5 x 0)

Artículo 18

- Pasó a ser artículo 24.
- En el inciso primero, reemplazar la referencia al artículo 5º, por otra al artículo 11.
(5 x 0)

Artículo 20

- Pasó a ser artículo 26.
- Agregar al inciso primero la siguiente oración final, en punto seguido (.): "Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad."

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

(5 x 0)

- Sustituir, en el inciso cuarto, la referencia a los Párrafos 2º y 3º, por otra a los Párrafos 3º y 4º.

(5 x 0)

Artículo 25

- Pasó a ser artículo 31.

- Agregar antes del punto final (.), precedida de una coma (,), la siguiente oración: "entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación."

(5 x 0)

Artículo 26

- Pasó a ser artículo 32.

- En el inciso primero, sustituir la frase "El decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud", por "El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud".

(5 x 0)

Título II

DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO Y DEL APOORTE FISCAL

- Suprimirlo, lo mismo que los dos Párrafos y los artículos 27 a 34, que lo conforman.

(5 x 0)

Título III

DISPOSICIONES VARIAS

- Pasó a ser Título II.

Artículo 35

- Pasó a ser artículo 33.

- Agregar el siguiente numeral 5, nuevo, pasando el actual a ser número 6:

"5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

- i. Reemplázase la expresión "Servicio de Salud", por "Fondo Nacional de Salud".
- ii. Sustitúyese la oración "de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud" por la siguiente, precedida por una coma (,): "pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red."

(5 x 0)

Artículo 36

- Pasó a ser artículo 34.
- En el artículo 33 bis contenido en el numeral 3, reemplazar la referencia al artículo 24, por otra al artículo 30.
- En el artículo 42 B contenido en el numeral 4, intercalar el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando los actuales incisos tercero y cuarto a ser cuarto y quinto, respectivamente:

"La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella."

(5 x 0)

Artículos 37 y 38

- Pasaron a ser artículos 35 y 36, sin otra enmienda.

Título IV DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

- Pasó a ser Título III.

Artículo 39

- Pasó a ser artículos 37 y 38, remplazado como se indica a continuación:

"Artículo 37.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

Artículo 38.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.”.
(5 x 0)

Artículos 40 y 41

- Pasaron a ser artículos 39 y 40, sin otra enmienda.

Artículos tercero y cuarto transitorios

- Reemplazarlos por el siguiente:

“Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.”.

(5 x 0)

Si son acogidas las modificaciones anteriores, el proyecto de ley cuya aprobación propone la Comisión de Salud queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:**"TÍTULO I**
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD**Párrafo 1°**
Disposiciones Generales

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Artículo 1°.- Las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. **El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.**

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud **asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley**, y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado **o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937.**

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Párrafo 2°
De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

Artículo 8°.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9°.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional. En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso de que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Párrafo 3º

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

Se entenderá por Prima Universal el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°

Del Consejo Consultivo

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos **3º** y **4º** de este Título.

Párrafo 6º

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo **11** indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumplíndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. **Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.**

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Párrafo 7°

Otras obligaciones

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Artículo 30.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 31.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, **entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

Artículo 32.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II

DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 33.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.”.

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

6.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”.

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

“En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:”.

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

“a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.”.

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

”c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en la modalidad de libre elección”; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

“El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.”.

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo **30** de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículo 35.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 36.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO III

DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Artículo 37.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

Se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

Artículo 38.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

Artículo 39.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 40.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.”.

Acordado en sesiones de fechas 11 y 17 de mayo de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 17 de mayo de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

INFORME COMPLEMENTARIO COMISION SALUD

INDICE

Discusión y votaciones	5
Modificaciones	22
Texto del Proyecto	29
Indice	50
Anexos	

DISCUSIÓN SALA

2.3. Discusión en Sala

Legislatura 350, Sesión 59, 19 de mayo de 2004. Proyecto aprobado en general.

ESTABLECIMIENTO DE RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD (PLAN AUGE)

El señor LARRAÍN (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece el Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE), con informe complementario de la Comisión de Salud, emitido en virtud del acuerdo de la Sala de 5 de mayo del año en curso, en orden a perfeccionar materias contenidas en el primer informe.

--Los antecedentes sobre el proyecto (2947-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En segundo trámite, sesión 26ª, en 21 de enero de 2003.

Informes de Comisión:

Salud, sesión 53ª, en 4 de mayo de 2004.

Salud (complementario), sesión 58ª, en 18 de mayo de 2004.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Solicito autorización para que ingresen a la Sala los asesores del Ministerio de Salud los señores Hernán Sandoval, Andrés Romero y Alvaro Erazo.

--Se accede.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La Comisión de Salud fue autorizada por la Sala, en sesión de 2 de septiembre del año pasado, para discutir en general y en particular el proyecto.

Los objetivos principales de la iniciativa son, entre otros:

-Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidas por la autoridad sanitaria en forma periódica.

-Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para los sectores público y privado.

-Instituir que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud garantizadas por el Estado se determinará mediante un decreto supremo que va a ser revisado trienalmente.

-Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro de Salud, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

DISCUSIÓN SALA

El proyecto fue aprobado en general por la unanimidad de los miembros de la Comisión de Salud, Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

En cuanto a la discusión en particular, las modificaciones efectuadas por el órgano técnico al texto despachado por la Cámara de Diputados y al del primer informe se acordaron también por unanimidad, incluyendo la supresión del Título que regulaba el Fondo de Compensación Solidario.

No hubo, sin embargo, unanimidad en dicha Comisión respecto de las enmiendas que establecen que el conjunto de las garantías explícitas en salud contribuirá a la determinación de la prima universal y que las prestaciones del FONASA con garantía explícita de protección financiera no podrán tener un porcentaje inferior al que disponga para ellas el Régimen de Garantías en Salud.

Tampoco se produjo unanimidad sobre la eliminación del requisito de contar con la petición expresa del Ministro de Salud para el financiamiento de los convenios del FONASA con terceros no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Cabe recordar que la iniciativa debe ser analizada por la Comisión de Hacienda durante el trámite de la discusión particular.

El señor LARRAÍN (Presidente).- En la discusión general del proyecto, tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide, Presidente de la Comisión de Salud, quien está inscrito en primer lugar.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, dados el poco tiempo de que disponemos para analizar el proyecto y la complejidad de su contenido, haré sólo una descripción general, destacando los puntos más importantes que contribuyan a la comprensión del significado del AUGE en el marco de la reforma de salud, de la que forma parte.

En esas condiciones, aun cuando quisiéramos presentar un análisis en detalle, me parece conveniente dejar buena parte de los aspectos más conflictivos para cuando realicemos un estudio pormenorizado durante la discusión particular.

En primer término, debo señalar que el plan AUGE, o de garantías explícitas, forma parte esencial de la reforma de salud que el Ejecutivo sometió a discusión en el Parlamento y que ya hemos despachado en ciertos aspectos.

Los puntos centrales de esta reforma son:

Primero, la autoridad sanitaria, que modifica al sector público y que ya fue aprobado.

Segundo, cambios a la ley de las ISAPRE, para acomodarla a esta nueva visión de salud, y que deberemos ver el próximo mes de junio.

Tercero, el plan AUGE o de garantías explícitas, que se va a analizar. Cuarto, lo relativo a derechos y deberes como marco teórico de lo que debe constituir el alma mater de una reforma de salud.

DISCUSIÓN SALA

Quinto, el financiamiento, materia que deberá analizarse en detalle, y,

Sexto, la cuestión de las licencias médicas, asunto esencial tanto desde el punto de vista económico cuanto del de la equidad y eficiencia sanitaria.

Me parece importante señalar que el proyecto fue aprobado, como dije, por unanimidad. Sin embargo, quiero hacer al respecto una mención brevísima.

Es valioso que la iniciativa haya sido aprobada con esa mayoría, dadas las dificultades del asunto y el debate extremadamente público, complejo y difícil respecto de una materia no siempre fácil de enfrentar. Conviene tener a la vista un ejemplo: la reforma de 1952, que creó el Servicio Nacional de Salud, demoró, entre su pretrámite parlamentario y la discusión posterior, más de seis años. No ha habido en el mundo ninguna reforma que haya sido capaz de dar solución total -cualquiera haya sido su orientación- a los problemas terapéuticos y de la salud en general. Ello, entre otras cosas, por la discrepancia que se ha producido en lo relativo al costo de la medicina en los últimos veinte años y por el crecimiento de las economías de los distintos países. El promedio universal de la economía fue de 3,5 por ciento, y el aumento en el costo de los tratamientos, del orden de 11 por ciento.

Por lo tanto, lo primero y esencial para una reforma en la salud chilena radica en la autoridad sanitaria, y continúa en otros estratos que, en el fondo, significan prevenir más, mejorar la atención primaria y promover condiciones de vida para que la gente se enferme menos. A veces uno se espanta de que discutamos latamente proyectos como éste cuando el 30 ó 40 por ciento de los problemas de salud en Chile se resolvería con solo eliminar la polución en Santiago. ¡Ése es el marco teórico en el cual debemos situar las cosas!

Entonces, además de la necesidad de mejorar la prevención, la otra parte de la reforma es que debe tenderse a que la gente se enferme menos; que cuando así ocurra, se traslade rápidamente a un centro asistencial, y que acuda a los centros hospitalarios la menor cantidad posible de personas.

Es decir, debe garantizarse el ingreso de un paciente que requiere atención especial por estar aquejado de un mal de altísimo costo, lo que muchas veces plantea el problema ético de cómo y cuánto debemos gastar en la etapa terminal -lo que es parte de la bioética esencial-, y que ello tenga un aumento progresivo, hasta que los servicios de salud cubran la totalidad de las enfermedades, sean aquéllos privados, institucionales o públicos. Ése es el concepto central de lo que hoy estamos discutiendo.

Deberíamos ser muy corteses para señalar que detrás de este fuerte debate, a veces bastante duro, se llegó a un acuerdo en cuanto a concesiones, lo que no es una simple transacción, sino un consenso razonable de lo que es posible lograr entre los distintos

DISCUSIÓN SALA

Senadores, que sostenemos visiones antropológicas, y también de salud global, distintas.

Señor Presidente, en nombre de la Comisión, y muy especialmente en lo personal, agradezco el trabajo de los señores Senadores que colaboraron durante los meses anteriores - específicamente me refiero a los Honorables señores Flores y Ríos-, así como al personal de Secretaría.

¿Cuál es el punto al que hemos llegado y cuáles son las ideas centrales?

En primer lugar, se obliga al sistema público y al privado institucional a ofrecer una garantía explícita, es decir, que se encuentre en la ley y que pueda reclamarse ante las autoridades de la propia institución sanitaria y, si es necesario, también ante los tribunales de justicia. Dicha garantía regirá a lo largo del tiempo respecto de 57 enfermedades, según lo establecen los artículos transitorios 1º, 2º y 3º. Se comenzará con 17 enfermedades en el 2005; subirán a 40 en el 2006, y a 57 a partir de 2007.

En adelante, cada tres años el Consejo, al que nos referiremos más adelante, ha de fijar los cambios en cuanto a ciertas enfermedades, para lo cual se van a determinar diversos parámetros.

Primero, el perfil epidemiológico del país -el perfil del Chile moderno es distinto del de hace veinte años-, el que obliga, por el costo de las enfermedades, a este tipo de garantías explícitas.

Segundo, una garantía de calidad por parte de prestadores acreditados, para dar seguridad de que la calidad será suficiente.

Tercero, la oportunidad, que va a ser estipulada por el reglamento. Por ejemplo, si una persona pertenece a FONASA y padece una de esas 57 enfermedades, según sea la gradualidad establecida, sin que aquél esté en condiciones de cubrir la prestación, el paciente tendrá que buscar en otra parte y, si es necesario, acudir a un centro del sector privado.

Lo mismo ha de pasar con una ISAPRE: si una institución no tiene cómo entregar una prestación, el enfermo buscará donde corresponda. Ésa es la garantía de oportunidad.

Cuarto, la garantía del financiamiento. En el fondo, en el texto del proyecto -seguramente va a ser motivo de una discusión más fuerte en el segundo trámite- figuran algunas cosas que será necesario precisar. El financiamiento significa que quienes pertenecen a los sectores A y B de FONASA no van a pagar nada; y el financiamiento adicional será cubierto en ciento por ciento por el plan AUGE, siempre que supere lo que se llama "deducible"; es decir, la cantidad que las personas van a tener que pagar como una obligación adicional al AUGE, y que nunca será más del 20 por ciento. Sobre eso, según los eventos producidos durante la enfermedad, habrá que pagar más. Ese deducible no es pagado por la persona ni por la familia, pues simplemente lo aportará la institución correspondiente.

DISCUSIÓN SALA

En cuanto a la forma expresa de funcionamiento, se agrega un nuevo concepto: la prima universal. Ésta no es más que lo que debe pagarse para contribuir al financiamiento del AUGE, con las definiciones que mencionamos y las limitaciones de costo que estamos señalando. Esta materia fue también cambiada en el informe complementario que Sus Señorías tienen en sus manos. Ello, en la medida del acuerdo político a que llegamos los Senadores de Oposición y de la Concertación para reemplazar de alguna manera lo que fue el retiro del fondo solidario.

No es éste el momento de explicar lo que es el fondo solidario, pues se retiró del proyecto y no forma parte de lo que debemos votar.

En ese punto, específicamente, hay un tema importante que señalar. Como parte del acuerdo final del proyecto –y lo menciono entre paréntesis, como una cosa adicional-, se determinó que los copagos que la gente hace hoy, que ascienden a 50 por ciento para el grupo B y a 25 por ciento para el C, bajen legalmente a 18 por ciento para el primer grupo y a 12,5 por ciento para el segundo.

Cabe hacer notar que actualmente los copagos son menores a las cifras que he señalado. Pero ello proviene de fórmulas adicionales decretadas directamente por el Gobierno, que ha enfrentado el excesivo costo que ello irroga para los más viejos y los más pobres.

En esas condiciones, consideramos que ha habido un avance. Y, por tanto, debemos reconocer el acuerdo logrado y el planteamiento hecho por todos los señores Senadores presentes.

No obstante, hubo un problema que deseo precisar. La gran dificultad que evidenció el modelo al cual me estoy refiriendo fue si esto constituye o no una "canasta sanitaria", expresión que ha sido muy cuestionada en la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina. Primero, porque provino de una visión estrictamente económica de algunas instituciones financieras internacionales, y segundo, porque no otorgaba garantías de entregar las prestaciones que la gente necesitaba, dado que se decía: "Tengo cien pesos y con ellos hago esto". A mi juicio, eso es una canasta.

Sin embargo, el sistema en comento no lo es en la medida en que, por su concepción, consiste en dar la seguridad de que se mantendrán las prestaciones que hoy reciben las personas y que no tienen que ver con las enfermedades que cubre el Plan AUGE. En el texto inicial consignamos una disposición específica que contiene una fórmula para concretar esa afirmación: el inciso cuarto del artículo 3º, que preceptúa que el Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones con tal objeto. O sea, además de mantenerse los derechos y beneficios de las personas, se contemplan otros adicionales cuyo financiamiento, como ya se ha hablado, es del orden de los 150 mil millones de pesos y, eventualmente, hasta los 200 mil millones.

DISCUSIÓN SALA

Cabe agregar en este punto, para entenderlo bien, que el ideal es que todo esté garantizado en materia de atención de salud. Ésa es la realidad objetiva. Yo y, a mi juicio, todos los señores Senadores estamos de acuerdo en ello. Pero, obviamente, hay que tener claro que debemos conciliar eso con los recursos del país, con la cantidad de dinero que se puede asignar a salud y con la orientación que se dé a ésta para que cada vez sea menos costosa. El viejo dicho "más vale prevenir que curar", en este caso, vale la pena, porque no es lo mismo prevenir una neumonía en una persona mayor que tratarla tardíamente, dado que la hospitalización cuesta muchísimo más por el valor de la atención terciaria.

¡Ése es el sentido de la reforma de la autoridad sanitaria!
¡Y ése es el sentido de lo que estamos haciendo aquí!

¿Cómo opera? El Consejo Consultivo del AUGE, que está compuesto por personas calificadas en economía, química, farmacia y medicina, decide sobre cuáles son las enfermedades que se incorporan. Evidentemente, el primer paso lo da la autoridad sanitaria del país, que plantea una propuesta, la que en definitiva se analiza (artículos 13 al 15, fundamentalmente). En seguida, se licita el estudio concreto de su costo, manejo, dificultades y posibilidades. Estas licitaciones se resumen en determinada cantidad de propuestas, con tiempos de espera, de atención; los protocolos, que son esenciales para contener los costos exagerados y, al mismo tiempo, dar la seguridad de que van a ser tratados por igual tanto por el médico de Tirúa como por el de Las Condes; y luego va al Consejo, que es el que resuelve.

El Consejo Consultivo deberá intervenir –y hemos tenido cuidado de dejar constancia de ello para la historia fidedigna de la ley– en algunos aspectos.

En primer lugar, respecto a la calidad. En efecto, las prestaciones deberán llevarse a cabo mediante prestadores acreditados, lo cual tiene relación directa con el estudio del proyecto sobre acreditación de la educación.

En segundo término, en lo que dice relación a la eficiencia versus la equidad. Aquí se plantea un dilema extremadamente difícil sobre la ética de la atención médica en el país, que se deberá resolver en el quehacer diario y que tiene que ver con cuánto, cómo y hasta dónde se trabaja en determinado tratamiento, con los dos extremos que hoy nos preocupan.

Me refiero a la inequidad en el tratamiento de las personas entre los equipos de salud lo suficientemente adecuados para detectar y trabajar bien, versus aquellos que se hallan menos dotados o informados, lo que genera una atención inadecuada o distinta. Y, por otro lado, está lo que hoy se llama "encarnizamiento terapéutico", que en definitiva es casi un afán vanidoso de tratar lo que ya no tiene solución; constituye un envanecimiento profesional que a veces termina siendo un castigo para los propios pacientes.

DISCUSIÓN SALA

Ésa es, señor Presidente, la estructura esencial del proyecto relacionado con el resto de las iniciativas que estamos aprobando.

Es cuanto puedo informar. Y quedo a disposición de los señores Senadores por si fuere necesario dar alguna información adicional.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.
La señora MATTHEI.- Señor Presidente, en materia de salud, contamos con dos subsistemas: el público y el privado. La verdad es que cada uno tiene sus problemas.

En el sector público, la principal dificultad estriba en que nadie sabe cuándo lo van a atender. En el sector privado, se podría resumir en que nadie sabe cuánto le va a costar. Por lo tanto, lo que el Plan AUGE trata de abordar son esos dos problemas esenciales: cuándo me van a atender y cuánto me va a costar.

El mayor inconveniente que exhibe el sector público radica en el tiempo que a menudo la gente debe esperar para que la atiendan. Es obvio que la demora a este respecto puede tener resultados catastróficos para la salud, especialmente en cuanto a la posibilidad de sobrevida de una persona y a la calidad de vida a que puede acceder.

Por ejemplo, un cáncer tratado a tiempo muchas veces es curable o se puede mantener en el tiempo. En cambio, si se demora un año o un año y medio en ser atendido por especialistas, probablemente a esas alturas será terminal.

Una hernia no operada a tiempo normalmente impide que una persona pueda acceder a un trabajo. Por lo tanto, además del resentimiento de la salud sobreviene la pobreza para la familia.

El drama que enfrentamos es que no hay recursos suficientes en el sector público para atender todo con prontitud. Sin embargo, los médicos especializados en la materia pueden identificar las enfermedades en que se maximizan los beneficios en cuanto a sobrevida y a una mejor calidad de vida, si son tratadas a tiempo.

Dado que tenemos escasos recursos y que debemos enfrentar muchas enfermedades, el Plan AUGE trata de establecer prioridades en la identificación de aquellas enfermedades que, si son tratadas a tiempo, maximizan los beneficios en cuanto a sobrevida y a calidad de vida. Eso es priorizar, eso es razonable, eso es lo que hace cualquier empresa, dueña de casa o individuo cuando tiene medios limitados y necesidades que exceden los recursos de que dispone.

Por eso, señor Presidente, nosotros hemos apoyado el Plan AUGE en su concepto básico.

Las enfermedades que serán incluidas en el Plan AUGE no le competen a la Comisión de Salud. Éstas serán determinadas por un Consejo que se crea a través del proyecto y que, a nuestro juicio, probablemente dará una garantía razonable al país de que las que incorporará serán aquellas que maximicen los beneficios.

DISCUSIÓN SALA

Sin embargo, el Plan AUGE, además de dar una garantía de pronta atención en el sector público -en el fondo, es como entrar a una especie de túnel, de "fast track", donde una persona con determinada enfermedad será atendida rápidamente-, aborda otros temas importantes. Por ejemplo, la preocupación por el costo de una enfermedad grave de quienes están afiliados a las ISAPRE y también de los que se encuentran en los tramos C y D de FONASA.

En ese sentido, al final del informe complementario de la Comisión de Salud hay una serie de tablas que permitirán a los señores Senadores saber exactamente cuáles son las garantías financieras que otorga el proyecto.

Me referiré primero a la tabla titulada "DEDUCIBLE CATASTRÓFICO GRUPO C".

Los indigentes o quienes están en el grupo A y B de FONASA no pagan nada. Pero a las personas que se hallan en el grupo C, cuyas remuneraciones oscilan entre 115 mil y 168 mil pesos, se les da una doble garantía. Esto significa que si contraen una enfermedad contemplada en el Plan AUGE, sólo pagarán el 10 por ciento del costo del tratamiento. El problema es que ese porcentaje puede traducirse en una cantidad enorme, pues si el tratamiento de determinada enfermedad cuesta 30 millones de pesos, obviamente pagar 3 millones resulta inalcanzable para una persona que gana 168 mil pesos mensuales.

Por eso, se ha establecido un doble seguro. Por una parte, se contempla el pago de 10 por ciento del costo de la enfermedad, y por otra, se fija un tope máximo de pago, dependiendo de cuánto gana la persona. De manera que nadie del grupo C pagará más que 1,47 veces (tercera columna) su sueldo mensual. O sea, en 12 meses la persona, aunque la enfermedad haya costado, por ejemplo, 40 millones de pesos y a ella le hubiera tocado pagar 4 millones, si su remuneración es de 248 mil pesos, al final únicamente pagará 370 mil pesos, pues el resto lo cubre el Plan AUGE.

Por su parte, para las personas del Grupo D, con rentas desde 168 mil pesos hacia arriba, y también para las afiliadas a una ISAPRE, se fija como límite de pago el 20 por ciento del costo de la enfermedad, con un tope, además, de dos veces el salario mensual.

Por lo tanto, deseo recalcar que el Plan AUGE no solamente garantiza prioridad en cuanto a la pronta atención en el sector público, sino que también da una garantía financiera considerable, que hoy no existe en dicho sector. Es cierto que en las ISAPRE hay un seguro catastrófico, pero el que se otorga ahora, en general, es mejor. De modo que -insisto-, se trata de una doble garantía, porque limita el pago a 10 ó 20 por ciento del costo total de la enfermedad y, además, lo restringe a 1,5 ó 2 veces el ingreso mensual, dependiendo de si la persona pertenece al grupo C o al D.

DISCUSIÓN SALA

A mi juicio, eso constituye un alivio, pues cuando un cáncer afecta, por ejemplo, a un niño en una población, muchas veces los vecinos realizan bingos y todo tipo de actos a los efectos de juntar el dinero que se necesita para el tratamiento. Sin embargo, con este proyecto eso se acaba.

Ahora bien, en caso de existir dos eventos en un año, el copago aumenta. Por ejemplo, si dos personas de una familia contraen enfermedades consideradas en el Plan AUGE o si una misma persona - muy poco afortunada- tiene dos enfermedades distintas cuyas prestaciones se hallan cubiertas por éste, los copagos aumentan a 2,16 veces para las del grupo C y a tres en el caso del grupo D.

Existe un tercer elemento que aborda el Plan AUGE que, en general, cuesta explicar a la ciudadanía. Actualmente, en las ISAPRE, las mujeres cotizan más que los hombres, al igual que las personas de edad avanzada, quienes pagan mucho más que la gente joven. Tal diferencia en el costo de los planes de estas instituciones molesta, aunque se origina en que unos y otros incurren en distintos gastos, los cuales son bastante considerables.

En el caso del Plan AUGE, la cotización será igual para todas las personas que lo integren, independiente de la edad, del sexo o de si se trata de mujeres en edad fértil o no. Todos pagarán exactamente lo mismo. Esto es muy importante, porque, como señalé, corresponde a un elemento que, en general, causa muchísima molestia.

El proyecto prohíbe la discriminación por sexo y por edad a las ISAPRE en relación con el Plan AUGE.

En el caso de FONASA, las garantías del Plan AUGE solamente rigen si una persona se trata en la modalidad institucional. Es decir, no puede hacer uso de la libre elección o ir a un pensionado. Si desea un tratamiento especial, mediante la libre elección o en pensionado, pierde todas las garantías que otorga dicho Plan.

Asimismo, las ISAPRE ofrecerán paquetes. La verdad es que se determinará una prima universal, que será el promedio del costo del Plan AUGE para los chilenos; y podrán cobrar dicha prima moviéndose dentro de cierta banda. Así, algunas ISAPRE podrán ofrecer mejores servicios, como pensionados; otras, piezas para dos o tres pacientes juntos. En realidad, no sabemos cómo operará. Quizás unas tengan médicos de más prestigio; otras, profesionales más jóvenes. En fin.

En realidad, se ha permitido que las ISAPRE tengan cierta libertad, pero en torno a una banda, para que efectivamente el AUGE cueste, más o menos, lo que se piensa que debiera valer.

Por consiguiente, los elementos a que me he referido son: primero, oportunidad en el sistema público; segundo, garantía financiera en ambos sistemas, y tercero, el mismo costo para todos los miembros de las ISAPRE, independientemente del sexo y edad.

DISCUSIÓN SALA

Sin embargo, me gustaría destacar un aspecto que no nos ha dejado contentos. Creemos que en el proyecto hay alguna inequidad. Y entiendo que ningún sector quedó plenamente conforme. Por eso, hemos llegado a un acuerdo que me parece bastante razonable.

No puedo dejar de mencionar que para los afiliados a FONASA la cotización del Plan AUGE será enteramente subsidiada. Las personas que están en el sector público de salud no cotizarán ni un peso más por sobre el 7 por ciento que pagan hoy día. En cambio, quienes cotizan en las ISAPRE tendrán que pagar adicionalmente por cada beneficiario la prima universal.

Ello nos parece una inequidad. Porque en el sistema privado de salud hay 900 mil personas, cuyo ingreso familiar es del orden de 500 mil pesos o menos. Es decir, en las ISAPRE hay casi un millón de afiliados. Y nadie podría decir que se trata de gente rica. A veces, ese ingreso es familiar; o sea, corresponde al trabajo de dos personas y la suma de ambas remuneraciones llega a 500 mil pesos o menos.

No me parece adecuado que el subsidio se otorgue de acuerdo con el sistema de salud en que se atiende la persona, en vez de considerar el salario que recibe. En el sector educación, por ejemplo, la subvención es igual para todos los estudiantes que asisten a colegios gratuitos, y es el padre o la madre quien decide si manda a sus hijos a un establecimiento de enseñanza particular subvencionado o a uno municipalizado. Por lo tanto, allí el subsidio es para la gente de escasos recursos que va a un colegio gratuito.

En el caso de la vivienda, el subsidio también es para las personas que necesitan acceder a una casa o un departamento modestos. Pero una u otro pueden ser construidos o mandados construir por el SERVIU o construidos por una empresa privada directamente. El beneficiario recibe el subsidio y elige qué tipo de vivienda adquirirá.

En Salud, en cambio, el subsidio no es por ingreso: es por sistema. Si se es afiliado a FONASA, se encuentra enteramente subsidiado, aunque se reciba una remuneración de 800 mil pesos. Y para tal efecto se subió el IVA. No se debe pagar ni un peso más que 7 por ciento. Si, en cambio, se es afiliado a una ISAPRE, se debe pagar el costo del AUGE aunque se gane menos y se esté haciendo un esfuerzo enorme por mantenerse en el sistema privado.

Eso es lo que nosotros debimos ceder. Entendemos que la Concertación cedió en otros aspectos.

No puedo dejar de mencionar el punto, porque, en general, mucha gente cree que se ha quitado todo elemento de equidad al AUGE por haber sido eliminado el Fondo. Pero no es así. Existe un elemento muy considerable de ayuda hacia las personas que se hallan en FONASA.

DISCUSIÓN SALA

La verdad es que hoy la mitad de los ingresos del Fondo Nacional de Salud son subsidios que todos pagamos con nuestros impuestos. La cotización a éste, sin el AUGE, debiera ser de 10 u 11 por ciento; con el AUGE, debiera ser aún mayor. Y seguiremos subsidiando sólo a los afiliados a FONASA al permitirles pagar únicamente 7 por ciento de cotización.

Espero que algún día podamos llegar a un sistema más razonable, en que el subsidio sea para la gente pobre, pero en la medida en que se pueda elegir dónde ser atendido.

En fin, señor Presidente, estimo que el proyecto global, tal como se ha presentado hoy a la Sala -con la garantía de oportunidad de atención; con la garantía de cobertura financiera para los afiliados tanto de ISAPRE como de FONASA, y con la garantía, además, de un cobro parejo (independientemente del sexo y edad de las personas) en las ISAPRE-, es bueno y merece ser aprobado por unanimidad.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, estamos en una etapa ya avanzada del proceso legislativo de reforma integral en Salud. La Ley de Autoridad Sanitaria y la llamada "ley corta de ISAPRE", ya promulgadas, atienden a componentes clave de aquélla. Hoy nos corresponde debatir el proyecto de régimen de garantías en salud, el proyecto AUGE, sin duda piedra angular de la reforma.

¿De qué se trata?

El objetivo principal de la iniciativa que nos ocupa es ordenar la atención pública y privada de salud en torno a un conjunto de prioridades sanitarias, establecidas en conformidad a la situación del país en este ámbito. Y, para la determinación del caso, se efectuarán estudios conducentes a conformar un listado de precedencias e intervenciones que considere la situación de salud en la población, la prevalencia y gravedad de ciertas patologías, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o calidad de vida y, de ser posible, su costo-efectividad. Lo anterior implica, a partir de una propuesta inicial de la autoridad, estudios epidemiológicos y de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre efectividad, evaluación económica, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

El listado de prioridades resultante es luego sometido a un proceso que recoge opiniones, críticas y sugerencias, y pasa por el Consejo Consultivo -ya mencionado por el Senador señor Ruiz-Esquide-, asesor del Ministro, de carácter técnico e integración plural, que garantiza la consideración objetiva de los factores médicos, como también los económicos y de costo. El proceso culmina en la dictación del decreto AUGE, que consagra las prioridades en definitiva seleccionadas.

DISCUSIÓN SALA

De ese modo se aspira a reemplazar las actuales decisiones implícitas de prioridad, que toma en cada tiempo y lugar, en general, el médico derechamente involucrado, por un marco explícito de prioridades sanitarias racionalmente seleccionadas, proceso limitado, eso sí, a las patologías incluidas en el decreto AUGE.

En una primera etapa del debate y a partir de los estudios a la sazón disponibles, en el Ministerio de Salud se postuló la aplicación inmediata, una vez aprobada la ley, de un AUGE compuesto por las 56 patologías prioritarias detectadas por los técnicos de esa Secretaría de Estado, a las cuales se otorgarían garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, obligatorias tanto para la salud privada como para la pública.

Es sabido que esa formulación fue generando una multiplicidad de dudas, críticas y rechazos, particularmente del Colegio Médico. Se señaló, en primer término, que la definición así concebida implicaba una diferenciación drástica entre las patologías AUGE y las no AUGE, vale decir, las no incluidas en el decreto. Las primeras gozarían de todas las garantías enunciadas, y el resto, de ninguna.

Resultado previsible de tal esquema: la presión -a la larga- social y políticamente incontenible para ir incorporando al AUGE las patologías no consideradas al inicio, con el consiguiente riesgo de colapso operativo y financiero del sistema.

Además, se sostuvo, con razón, que, más allá de los intentos de control y fiscalización que pudieran ejercerse, la tentación en hospitales y consultorios de cubrir eventuales insuficiencias en los recursos asignados al AUGE a costa de reducir aquellos destinados a atender el resto de las prestaciones debía entenderse como un riesgo cierto, máxime dada la existencia de dudas razonables acerca del costo real del AUGE. Todo ello implicaba enfrentar, inevitablemente, conflictos y percepciones agudas de injusticia por parte de los excluidos.

Ante esa situación, la Comisión de Salud del Senado, apoyada en todo momento en iniciativas oportunas del Ejecutivo, introdujo al proyecto tres modificaciones fundamentales.

En primer lugar, se diluyó de manera apreciable la distinción radical entre AUGE y no AUGE, sustituyéndose la diferenciación por un modelo en que se crea el régimen de garantías en salud, aplicable, con relación a acceso y calidad, a todas las patologías por igual. Y se establecieron, paralelamente, un régimen de garantías explícitas de oportunidad y normas especiales de protección financiera para un número menor de patologías. Esas garantías se aplicarán al listado de patologías que, conforme al proceso antes descrito, se incluyan en el decreto AUGE.

En suma, el texto que hoy tenemos a la vista sólo determina un distingo entre garantías duras (las explícitas) y blandas (el resto). El supuesto implícito en ese diseño es que para las

DISCUSIÓN SALA

patologías no incluidas en el AUGE se garantizan condiciones de atención y cobertura, en el inicio, al menos no inferiores a la situación en que se encontraban precedentemente, insertas en un proceso que procurará elevar calidad y efectividad, como asimismo reducir paulatinamente los plazos de espera en el sector estatal.

El segundo cambio consistió en reconocer la inevitable gradualidad en la aplicación del AUGE. No resultaba verosímil que al 1º de enero de 2005 pudieran otorgarse garantías explícitas para 56 patologías, tanto por dificultades de capacidad operativa -vale decir, de capacidad de absorción del sistema- como por los recursos financieros necesarios, habida cuenta, además, del ineludible margen de incertidumbre respecto del costo de cada una de las patologías elegidas.

Por ello, el proyecto propone que en sus tres primeros años de vigencia las garantías explícitas de oportunidad especificadas en los decretos anuales correspondientes se apliquen a un máximo de 25, 40 y 56 patologías, respectivamente, con una prima universal -me referiré a ella después- o costo estimado no superior a 0,92, 1,84 y 2,75 unidades de fomento, en su caso.

Es importante destacar que el artículo respectivo contiene tanto la intencionalidad de cumplir con las 56 patologías en 2007 como una limitación de costo y una flexibilidad adicional en caso de estrecheces o incapacidades mayores o imprevistas, al señalarse que el número indicado es máximo, por lo que sería posible un ajuste, si fuera necesario.

A partir del cuarto año -2008-, se contemplan decretos trianuales, sin limitación previa, de acuerdo con el procedimiento ya explicado.

Debo aclarar que la iniciativa dispone que las garantías explícitas que se establezcan tendrán carácter obligatorio y serán las mismas para los beneficiarios del FONASA y los de las ISAPRE.

Asimismo, el proyecto estipula que las ISAPRE estarán obligadas a entregar también los beneficios contenidos en la modalidad FONASA de libre elección, con lo cual se deja en igualdad de condiciones a los cotizantes de ambos sistemas.

El tercer cambio principal introducido en la iniciativa es el reemplazo del precio fijo para el conjunto de patologías con garantías explícitas incorporadas en los decretos AUGE por un precio referencial sobre la base del concepto de prima universal, definido como el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios del FONASA y de las ISAPRE asociado a las patologías incluidas en el decreto respectivo.

Estimo que la competencia debe ser el instrumento principal de regulación de precios tanto del AUGE como de los planes complementarios que ofrece el sector privado. No obstante, se han introducido limitaciones en cuanto a la máxima desviación permitida

DISCUSIÓN SALA

del precio respecto de la prima universal, como un factor de mayor certeza para los beneficiarios.

El cambio señalado me parece esencial, habida cuenta de que los costos enfrentan rangos no menores de incertidumbre y la tendencia mundial a su incremento en el tiempo, y de que la fijación de precios podría prestarse tanto para fijar un precio arbitrariamente bajo, que produciría el colapso de las ISAPRE y un desastre financiero para el Estado, como para establecer uno excesivamente alto, que provocaría en el sector estatal una presión incontrolable por mayores recursos.

De otra parte, y por razones análogas, hubo acuerdo en destacar la importancia de que el precio del AUGE reflejase lo más cercanamente posible los costos reales esperados de las prestaciones correspondientes, por lo que se dispone la realización de un estudio de verificación de costo, como parte del proceso previo a la dictación del decreto AUGE. Del mismo modo, se establece que los cambios en el valor de la prima universal que resultan de modificar el listado de garantías explícitas no podrá superar a la variación experimentada por el índice de salarios reales, limitación que se aplica también a la variación del costo esperado por beneficiario para la modalidad FONASA de libre elección.

Es sabido, igualmente, que el problema de la oportunidad se da sólo en el sector público de salud y se resuelve hoy por la cola o lista de espera, en tanto que la variable de ajuste en las ISAPRE es la protección financiera. De hecho, la política de éstas -económicamente muy racional, pero sanitaria y socialmente negativa- ha consistido en aplicar precios diferentes según el nivel de riesgo, dando como resultado el descreme del mercado, vale decir, la expulsión al FONASA de las personas de más riesgo: adultos mayores y mujeres en edad fértil, principalmente.

A los efectos de enfrentar esa distorsión, el proyecto dispone que las ISAPRE tienen libertad para fijar precio, pero que éste debe ser igual para todos los beneficiarios en lo que respecta a las patologías del decreto AUGE, independientemente de su sexo y edad; o sea, se introduce el concepto de solidaridad de riesgo, lo que implica la necesidad de diseñar algún mecanismo que dé eficacia operativa a ese principio.

Para tal efecto, el proyecto incluía la creación de un fondo de compensación de riesgos aplicable tanto al FONASA cuanto a las ISAPRE. Como sabemos, dicha propuesta -que yo respaldaba- no contó con el apoyo político requerido, por lo que el Ejecutivo la retiró de la iniciativa, en el ánimo de dar un mayor tiempo de reflexión que permita construir una fórmula -insisto en que encontrarla es una consecuencia necesaria de la norma de no discriminación ya considerada en el texto- que concite el respaldo político indispensable para su aprobación.

DISCUSIÓN SALA

Es preciso añadir que, en todo caso, se han agregado al texto del proyecto otras disposiciones que contribuyen a una mayor equidad del sistema de salud y que mejoran significativamente la situación de los beneficiarios del FONASA.

En primer término, se fijan los copagos respecto de las patologías con garantías explícitas en 20 por ciento, en circunstancias de que en la legislación vigente no tienen tope, conservándose también la facultad del FONASA de ofrecer una cobertura financiera mayor, la cual se tradujo en el actual copago del 10 por ciento que se aplica al grupo C del seguro público.

En segundo lugar, además de la gratuidad para los grupos A y B del FONASA, se limitan los copagos para esas mismas patologías a porcentajes máximos del ingreso, diferenciando entre cotizantes pertenecientes a los grupos C y D del FONASA -la Senadora señora Matthei indicó los rangos- y equiparando estos últimos, los del grupo D, a los afiliados a las ISAPRE, para preservar una efectiva libertad de elección entre ambos sistemas.

Concretamente, se establece un copago máximo, calculado para periodos de 12 meses, denominado "deducible", equivalente a 1,47 y 2,03 salarios mensuales para los cotizantes de los grupos C y D del FONASA, respectivamente. Estos porcentajes se elevan a 2,16 y 3 salarios mensuales para los grupos C y D en caso de producirse más de una enfermedad afecta en un lapso de 12 meses.

Por último, se mantiene la norma del artículo 31 de la ley FONASA, que permite, ante situaciones de necesidad, otorgar préstamos, a lo que en la discusión en particular del proyecto se podría añadir la atribución de que en casos excepcionales se puedan condonar tales préstamos u otorgar excepcionalmente aportes a título gratuito.

En otro orden de ideas, como expresión de la voluntad y del compromiso de fortalecer la atención primaria, se dispone que el ingreso al sistema, salvo los casos de urgencia o emergencia, debe hacerse al nivel primario de atención, el que dispondrá las derivaciones pertinentes, según corresponda.

Por su parte, tanto para cautelar la calidad del servicio como para disponer de un mecanismo de contención de costos, los afiliados a las ISAPRE deberán atenderse con alguno de los prestadores -debidamente acreditados, de acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria- que para tales propósitos determine la ISAPRE correspondiente, según lo que indique el plan contratado para estos efectos. Si el beneficiario opta, en cambio, por atenderse con profesionales de su propia preferencia, no gozará de las garantías explícitas vigentes en ese momento.

Por último, en la discusión particular del proyecto procuraremos perfeccionar su Título IV, referido a la responsabilidad en materia sanitaria, a partir del principio, ya incorporado en ese Título,

DISCUSIÓN SALA

de que el Estado será responsable por los daños que sus órganos causen a particulares por falta de servicio o dolo.

Se halla pendiente en esta materia una fórmula que permita el agotamiento de las instancias administrativas de reclamo, como paso previo a una eventual demanda judicial, con el ánimo de reducir una litigiosidad que en otros países ya ha escalado a niveles excesivos, tanto en el número como en la cuantía de las indemnizaciones exigidas.

Termino expresando que, a mi juicio, el proyecto constituye un aporte trascendente al conjunto de la reforma en Salud.

Mi voto será, por cierto, de aprobación a la idea de legislar.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- A continuación, tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, deseo, primero, hacer un par de consideraciones generales, y después, señalar lo que estimo son las grandes virtudes de esta iniciativa legal, que respaldo en plenitud, porque creo muy sinceramente que produce un gran avance en lo que es el sistema de salud chileno.

Además, quiero destacar que hay que tener bastante coraje político para entrar en un área donde los intereses gremiales habitualmente se restan -lo digo con mucha franqueza- a que el sistema de salud se modernice.

En primer lugar, uno se pregunta si el sistema de salud chileno es bueno o malo. Tengo la impresión de que, cuando uno mira con objetividad, llega a la conclusión de que en las últimas décadas nuestros sistemas público y privado de salud han tenido, sin lugar a dudas, enormes avances.

Basta señalar una cifra: de acuerdo a un estudio de la OMS que mide la situación de salud en 190 países, Chile está ubicado en el lugar 33 y gasta 315 dólares por persona cada año.

¿Saben Sus Señorías cuánto gasta Portugal, que se encuentra en el lugar 32? 815 dólares por persona; es decir, más que duplica la cantidad de recursos destinados por Chile y, sin embargo, está prácticamente en iguales condiciones que nosotros.

Además, en nuestro país hay un fenómeno que no deja de llamar la atención: se hallan vivos la mitad de los chilenos que han nacido desde la época republicana; aquí han nacido 30 millones de personas y están vivas 15 millones.

Si vemos los índices de mortalidad infantil, Chile exhibe cifras extraordinariamente buenas.

¿Significa eso que nuestro sistema de salud no tiene falencias? No. Las tiene, clara y categóricamente.

En primer lugar -algo señaló al respecto la Senadora señora Matthei-, el sistema de salud chileno discrimina por rentas.

DISCUSIÓN SALA

Aquí, la gente que tiene plata y es rica cuenta con el derecho a optar entre los sistemas público y privado. Ahí la norma constitucional es patente y se expresa plenamente. Pero en nuestro país la gente pobre no posee tal derecho.

Lamento que con motivo de esta iniciativa no hubiésemos avanzado en lo relativo a la portabilidad del subsidio, que es algo que se está haciendo en materia educacional y, desde hace muchos años, en el ámbito de la vivienda, y que nadie hoy cuestiona. Por desgracia, en Chile -lo digo con la misma franqueza de hace un momento- no ha existido el coraje político para caminar derechamente hacia un sistema de portabilidad, de manera que una familia pobre, con un subsidio del Estado (que hoy ya se otorga), pueda determinar si se atiende en el sector público o en el privado.

Respecto de otras falencias, debo mencionar la incertidumbre en cuanto a los beneficios.

No obstante, quiero destacar una falencia que resuelve el AUGE: el precio de cobertura de las ISAPRE. Hoy se discrimina por sexo y edad en cuanto al valor que debe pagar cada afiliado por su programa. Así, las mujeres en edad fértil y los adultos mayores cancelan más que el resto de la comunidad. Y ello resulta dramático cuando hablamos de un adulto mayor: durante toda su vida ha cotizado y, llegado el momento en que habitualmente padece más enfermedades, le sube de tal manera el costo de su programa que - esto sucede en un alto porcentaje- se ve obligado a trasladarse al sistema público.

¿Por qué los Senadores de Renovación Nacional vamos a votar a favor del AUGE?

¿Qué es el AUGE en el fondo? Es la decisión del Estado de Chile de priorizar la atención de un número determinado de enfermedades, que resultan ser las más habituales, las que provocan más impacto sanitario, las que probablemente son las más costosas para la población.

¿Por qué el Estado debe tomar esa decisión? Porque no cuenta con recursos para cubrir la totalidad de las patologías. El ideal es que todas pudieran ser atendidas exactamente igual; pero el Estado debe resolver (hoy lo hace cada médico en su hospital), a través de un procedimiento riguroso, donde intervienen las autoridades con mayor conocimiento en la materia, qué tipo de enfermedades recibirán atención prioritaria.

¿Eso significa que las otras enfermedades no se van a atender? Falso. Sí se hará. Sólo que algunas, por su habitualidad, por su ocurrencia, por su costo, por su impacto sanitario, tendrán prioridad.

¿Y en qué consisten estas prioridades?

En primer lugar, todas las enfermedades del Régimen de Garantías deberán ser objeto de atención tanto por FONASA como por

DISCUSIÓN SALA

las ISAPRE. En verdad, hoy todas las enfermedades lo son, de manera que no hay mucha novedad en esta materia.

En segundo término, la calidad de la atención. Esta se otorgará por un prestador registrado o acreditado, es decir, por alguien que reúna las condiciones para que, por ejemplo, en un paciente el protocolo para un cáncer sea el que le permita obtener mejores resultados.

Hay dos tipos de prioridades de extraordinaria importancia.

Por un lado, la oportunidad. Uno de los dramas del sistema de salud chileno es que a la gente la postergan. Y con este proyecto el Estado adquiere un compromiso inédito, que implica que, ante una enfermedad determinada, el paciente será atendido en un plazo razonable, y que si en el sistema público ello no se cumple, tendrá derecho de acudir a un prestador distinto, público o privado, que esté en la red respectiva, para que se le atienda. Y éstas son una garantía y una tranquilidad enorme para la gente.

Por otra parte, protección financiera. Nada sacaríamos con una atención oportuna, con un buen protocolo, con acceso al sistema público y al privado, si las personas carecieran de recursos para cubrir su enfermedad. ¡Cuántas veces los señores Senadores al visitar sus circunscripciones se encuentran con bingos, concursos y actividades que la comunidad organiza para ayudar a enfermos sin plata que necesitan recibir atención! Y nos hemos transformado, por una cuestión humanitaria, en Parlamentarios que buscan financiamiento para que un niño pueda someterse a una operación de caderas o tratarse una bronquitis obstructiva o un cáncer.

Por lo tanto, la protección financiera es muy importante, y significa un avance enorme con relación a lo vigente.

Esta protección presenta dos techos. Según el primero, el paciente no deberá pagar más del 20 por ciento del costo de la enfermedad. Pero eso implica un problema: si dicho costo asciende a varios millones de pesos, el 20 por ciento será una cifra inalcanzable. Entonces, se coloca otro tope, que rige tanto para las ISAPRE con determinadas características como para el sistema público: no se pagará más de cierta cantidad de los ingresos mensuales. Por ejemplo, si el monto de la remuneración es de 140 mil pesos, mensualmente sólo se pagará hasta 1,4 veces; es decir, en un año lo más que se desembolsaría serían 200 mil pesos. Y en el sector privado pasa exactamente lo mismo: si el sueldo es de 400 mil pesos mensuales (el promedio de cotización en este sistema es de 9,7 y no de 7 por ciento), también se aplica un límite económico.

En resumen, se fijan dos techos: 20 por ciento del monto total, que disminuye a 10 por ciento tratándose del nivel C de FONASA, y el calculado a partir de los ingresos mensuales.

DISCUSIÓN SALA

Que deberá cancelarse el copago, es cierto: un sector importante de la población tendrá que hacerlo. Sin embargo, muchos de los que se atienden en el sistema institucional ahora lo harán gratis. Quisiéramos que todos se pudieran atender gratis. Pero no planteemos, sobre todo en períodos electorales, posiciones demagógicas. Es imposible que en esta materia el Estado chileno asegure gratuidad a todos los ciudadanos. Y lo que se ha hecho es un esfuerzo para que la gente más pobre quede cubierta en forma gratuita y que quienes reciban ingresos de 115 mil pesos hacia arriba también cuenten con una protección significativa que les dé tranquilidad en caso de enfermedad.

Adicionalmente, deseo referirme a la responsabilidad que asume el Estado acerca de las nuevas patologías o enfermedades preferentes. Y, en ese sentido, se introducen dos cambios de enorme relevancia respecto del sistema vigente.

En primer término, en la actualidad, en el sector público de salud la gente recibe la atención casi como si se le estuviese haciendo un favor. Cuando se establecen estas patologías con derechos, las personas pasan a tener la dignidad de exigir al Estado que las atiendan, en conformidad al compromiso en el acceso, en los protocolos, en la protección financiera y en la oportunidad.

En segundo lugar, se traspasa la responsabilidad de la cobertura desde los hospitales públicos hacia el FONASA -aquí está su Director-, y eso implica un cambio muy significativo. Corresponderá a ese organismo encargarse de velar por que se cumplan las exigencias y los requisitos provenientes del AUGE. Por lo tanto, la gente ya no va a jugar al comprahuevos: del hospital al Director del Servicio de Salud, del hospital nivel 3 ó 4 al de nivel 2; del hospital nivel 2 al de nivel 1. La iniciativa establece claramente que FONASA asumirá la responsabilidad cuando no se cumpla con la obligación del Estado de atender a las personas según las exigencias comprometidas.

Finalmente, quiero referirme a un tema que generó mucho debate: los dos fondos de compensación.

Uno de los aspectos que el proyecto incorpora se refiere a que, respecto de las enfermedades preferentes, todos pagarán la misma prima universal. La mujer en edad fértil y en condiciones de quedar embarazada no va a estar permanentemente asustada o temerosa de que el costo de su programa de salud aumente. Y los adultos mayores -los viejitos-, quienes habitualmente son los que terminan cambiándose al sistema público, sabrán que les van a cobrar lo mismo. Pero para lograrlo, como los costos no son iguales para todos, alguien tiene que ser solidario. Y por eso se fija la prima universal, cuyo valor todos van a pagar. Algunos aportarán más. Un joven de 24 años o una persona de 50, como sus promedios de enfermedad y sus cuotas de atención son menores, tendrán que contribuir en mayor medida.

DISCUSIÓN SALA

Ahora bien -y, al respecto, reconozco y agradezco la voluntad manifestada tanto por el señor Ministro de Salud como por otras autoridades de Gobierno-, había algo que consideramos muy injusto: teniendo todos que pagar y estando dispuestos a hacerlo, si un afiliado al FONASA estaba ganando, por ejemplo, 500 mil pesos y tenía que contribuir con más al fondo solidario, se lo pagaban todos los chilenos con sus impuestos; pero si otra persona que ganaba igual plata y tenía el mismo número de hijos había hecho un esfuerzo para estar en el sistema privado, se veía en la obligación de meter su mano al bolsillo para la prima y el copago.

Estimábamos muy injusta tal situación. Se trataba de la misma plata, de la misma gente. Entonces, ¿por qué a una persona que estaba en el FONASA el Estado debía subsidiarla -cosa que nos parece muy bien- y a otra cuya familia estaba formada por el mismo número de integrantes, que había realizado un esfuerzo y que, en vez de 7 por ciento, pagaba el 9 y tanto por ciento para ser solidaria, se le aumentaba el costo de la cotización o del programa en caso de precisar atención?

Considero correcto terminar con el fondo de compensación general. ¿Significa que no habrá compensación en el sistema privado? Tendrá que haberlo, porque deberán solidarizar todos cuantos estén en las ISAPRE. Y en el sistema público la solidaridad opera por la vía del subsidio que otorga el Estado sobre la base de los impuestos.

En el Parlamento experimentamos momentos de satisfacción y de insatisfacción ante diversas iniciativas legales. Creo que ésta es muy buena. La Comisión de Salud trabajó extraordinariamente bien, bajo la presidencia, primero de la Honorable señora Matthei, y después, del Senador señor Ruiz-Esquide. El señor Ministro de Salud tuvo la tolerancia y la paciencia necesarias para sacar adelante la normativa. El Gobierno presentó un proyecto que hemos perfeccionado y que, sin lugar a dudas, marcará un hito en el mejoramiento de la atención de salud en nuestro país.

Por eso, votaremos a favor.

El señor LARRAÍN (Presidente).- A continuación, tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, después de lo ya dicho, quiero limitarme a valorar el buen trabajo llevado a cabo por la Comisión de Salud, en diálogo permanente con el señor Ministro del ramo, con su equipo de asesores y con representantes de Hacienda.

El proyecto ha mejorado en cuatro puntos esenciales. También me referiré a seis desafíos que se requerirán para implementar esta reforma.

La primera mejoría alude a que queda más nítido el hecho de que las garantías explícitas forman parte del sistema de prestaciones de salud consignado en la ley del FONASA y en la de las ISAPRE. No es algo aparte. Y así lo han expresado algunos señores

DISCUSIÓN SALA

Senadores, por lo cual me limitaré simplemente a señalarlo. Así, la frontera entre lo AUGE y lo no AUGE, que ha despertado tantas críticas del Colegio Médico, se atenúa en cierto modo.

La segunda mejoría consiste en que por fin se precisa claramente qué es lo que el AUGE va a entregar al ciudadano. Y son básicamente dos cosas, como ya se expresó: atención oportuna y copago limitado. Eso es el AUGE.

Respecto del acceso y calidad, es un rasgo común a las enfermedades AUGE y no AUGE. ¡Sería absurdo que cerraran las puertas del hospital a quien llegara con una enfermedad no AUGE, como también que uno fuera tratado con calidad y otro no!

O sea, el AUGE se limita a la oportunidad y al copago.

Y en lo que se refiere a oportunidad, creo que se acogió una definición no demagógica. Porque hay que recordar que estos son derechos sobre los cuales cada ciudadano puede reclamar posteriormente ante un tribunal. Y el proceso judicial va a ser más largo que la enfermedad y le va a servir, no para ser atendido oportunamente, sino para cobrar al Estado una indemnización por daño moral.

Entonces, la definición razonable de oportunidad, en el fondo, da tres opciones: primero, el hospital donde debería atenderse; segundo, aquel a donde lo mandan, y tercero, el que determina la Superintendencia. Si ninguno de los tres resulta, obviamente puede entablarse un juicio.

En cuanto al copago, no abundaré, porque ya se ha esclarecido suficientemente.

El señor LARRAÍN (Presidente).- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

Quiero informar a los señores Senadores que pueden hacer llegar a la Mesa su votación, en conformidad al acuerdo adoptado ayer por los Comités.

Puede continuar, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- En lo atinente al tercer punto, se establece un mecanismo particularmente serio de formulación y consagración del AUGE, basado en estudios de carácter económico, para que la prima corresponda a los costos reales de las prestaciones, con participación de la sociedad científica y, al final, con la de toda la ciudadanía. Porque se producirá cierto interés social, incluso político, como dijo el Honorable señor Boeninger, para que las enfermedades queden en estatus AUGE. Y esto va unido a la idea de la gradualidad en la aplicación, porque es lo que la realidad permite en Chile.

Otro punto que me parece importante: desde la firma del decreto que fija las enfermedades AUGE hasta el momento en que entra en vigencia, pasan seis meses experimentales para que el sistema se ponga en rodaje.

Por último, se ha logrado un avance muy sustantivo en lo referente a la responsabilidad extracontractual del Estado, a fin de

DISCUSIÓN SALA

evitar la judicialización de la medicina, que subiría enormemente los costos, haría que los médicos fueran reticentes a ejercer su profesión, exigiendo mayor número de exámenes, y al final llevaría a una paralización del sistema, como ocurre en otros países. Ese régimen de responsabilidad extracontractual del Estado debe ser perfeccionado en el segundo informe, ojalá procurando un agotamiento de la vía administrativa y mediante valoraciones claras acerca de los costos de los daños infligidos.

Todo eso, más lo ya señalado -que asumo-, representan las bondades del AUGE. Y por ello apoyaremos el proyecto en forma entusiasta.

Hoy es un gran día para el doctor Sandoval y para el señor Ministro de Salud, quienes tanto han luchado por estas ideas.

¿Cuáles son, a mi entender, los desafíos? Porque no todo es un camino de rosas. Creo que ahora comienzan las dificultades mayores.

El primer gran problema es la delimitación, en el decreto que establece el AUGE, del momento preciso en que el beneficiario debe ser informado de que pasa al estatus AUGE. ¿A partir del diagnóstico, del indicio, del primer examen, de la intuición? Va a haber un problema práctico en el sector público y en las ISAPRE para determinar bien cuándo una persona cambia de su estatus a ese "fast track" a que aludía la Senadora señora Matthei. El artículo 19 del proyecto -que así lo establece- es todavía muy genérico; y cada decreto deberá precisarlo. A mi juicio, es un problema bastante complejo.

Un segundo aspecto que también reviste seriedad lo constituyen las enfermedades conexas. Aquí nada se dice al respecto. ¿Qué pasa si soy afectado por una enfermedad que es AUGE y como consecuencia contraigo otra que no es AUGE? ¿Qué pasa si me voy a morir de la segunda y me tratan por la primera? Éste es un drama, porque la salud es holística, como dicen las personas que gustan de usar palabras rebuscadas. Lo que se quiere significar es que la salud de las personas es global.

Opino que la única solución no está en el protocolo, que es referencial, no obligatorio. Al final, la solución será dada por la prudencia del equipo médico que en cada lugar de Chile dirá al afectado: "Usted tiene AUGE para esto y, a lo mejor, no para lo otro". Si el criterio del equipo es muy amplio, todo Chile lo tendrá. Es lo que, desgraciadamente, ha pasado con la ley sobre los exonerados. Hay 150 mil solicitudes de quienes se consideran tales. Todo el mundo fue exonerado de algo, lo echaron de algo, etcétera. En este caso habrá una tendencia en ese mismo sentido. Si, en cambio, el criterio del equipo médico es muy restrictivo, la impopularidad del AUGE puede ser muy grande, porque "Fui por lana y salí trasquilado". Resultado: quedé con no sé cuántas enfermedades y en lista de espera.

DISCUSIÓN SALA

Ese problema, que no puede ser achacado a la ley en proyecto, por ser parte de su esencia, sólo se resolverá a través de la práctica médica y mediante la implementación de la reforma.

Una tercera dificultad se refiere al monitoreo de la información del AUGE. Porque, para que resulten la oportunidad y el copago, tanto el FONASA como la Superintendencia y las propias ISAPRE tendrán que monitorear la información sobre la enfermedad de cada chileno que se acoja al AUGE, de cada paso que dé, para saber si se cumplió o no cada uno de los trámites establecidos.

Tal monitoreo, para el que existen sistemas computacionales y software especiales, representa un enorme desafío en su realización. Ojalá que eso no sufra tropiezos y se pueda llevar a cabo.

Esa situación me recuerda lo que el Honorable señor Flores quería realizar en la época de la Unidad Popular para saber a cada minuto cómo funcionaba el área social de la economía. Desde un computador se observaría todo lo que ocurría. Bueno, terminó ese Gobierno y no hubo tiempo de comprobar si dicha idea iba a resultar o no. Quizás el propio Senador señor Flores pueda entregar algunos consejos sobre cómo monitorear bien el AUGE.

El señor MORENO.- ¡Cuando sea Presidente de la República...!

El señor VIERA-GALLO.- ¡No, pues! Como Senador puede cumplir esa función perfectamente.

A mi juicio, hay otro desafío en cuanto a la manera como irán conjugándose en el tiempo los costos efectivos del AUGE, el cálculo de la prima, los recursos y la demanda encubierta que existe.

Acaba de llegar un estudio de la consultora Alt Management -desconozco qué tan seria es, pero parece ser de orientación más bien conservadora- bastante catastrofista en esta materia. No hago más sus hipótesis respecto del déficit que tendrá esto el 2010, etcétera, pero sí creo que hay cierto problema de cálculo y proyección de costos en salud con nuevas tecnologías, con aumento de la medicina pública y privada en todo el mundo, y, al mismo tiempo, respecto del límite que pusimos a la reajustabilidad de la prima.

¿Cómo operará eso? Me parece que sería muy conveniente que la Comisión de Hacienda revisara tal materia con ocasión del segundo informe, para tener mayor claridad al respecto.

En cuanto a la demanda encubierta, mucha gente simplemente no se trata porque sabe que no logrará nada. En la medida en que se diga a las personas que tienen ciertos derechos y así lo crean, resultará bastante más explosiva la demanda en salud, sobre todo en el sistema público.

Otro desafío se refiere a la adhesión de corazón de los que deben implementar el sistema.

Quiero dar a conocer aquí el caso de una persona que conozco, cuyo tratamiento del cáncer cérvico-uterino que padece lo

DISCUSIÓN SALA

realiza a través del plan piloto del AUGE y a quien, al momento de llevar los papeles al médico tratante para su firma y certificar que su enfermedad está cubierta por dicho plan, el facultativo le dice que no los firmará, pero sí su secretaria.

Ante tal comportamiento, las personas se desmoralizan, no saben a quién recurrir. En definitiva, no se trata de una situación imaginaria, sino de un caso real.

Es indispensable que el Colegio Médico deponga su guerrilla. Y me alegro mucho de que no se encuentren en las tribunas los doctores Castro, Villarroel y toda la gente que los acompaña. ¡Que cesen las campañas contra el AUGE en los microbuses de Santiago! ¡Que cese el sabotaje de la información! Porque si los médicos que deben llevar adelante este plan se ponen en una posición radicalmente contraria, es obvio que la implementación de tan ambiciosa iniciativa será muy compleja.

El Colegio Médico, frente a la decisión unánime del Senado –así lo espero-, deberá comprender que su tarea patriótica es cambiar de posición y adherir a las reformas que sancionará democráticamente el Parlamento.

Otro desafío dice relación a la manera de informar el plan AUGE a la población. Porque un anterior Ministro, con campañas publicitarias perfectamente legítimas, no contribuyó a la entrega de información real.

Mucha gente piensa que todo esto será gratis; no sabe de los copagos, que son muy beneficiosos; desconoce los derechos que se le entregarán, e ignora los mecanismos para efectuar reclamos en el nuevo sistema. Creo que incluso muchos Senadores no lo saben. Porque si a alguno de los que pertenecen a cierta ISAPRE le dicen: "Mire, señor, su plan no comprende tal cosa", ¿qué va a hacer -aparte dar, a lo mejor, una conferencia de prensa-, ante quién reclamará?

Lo importante es que la gente sea informada verazmente de los cambios tan drásticos que se están introduciendo.

Por lo tanto, señor Presidente, el proyecto representa un enorme avance. Se plantea una gran idea, que constituye un desafío único en materia de reforma de salud a nivel mundial, en el sentido de que el Estado y la sociedad se autoexigen más. El problema radica en que sean capaces de llevarlo a cabo. Ése es el punto.

La gradualidad es importante, porque nos permitiría corregir cosas. Y así como se han celebrado sesiones especiales para analizar si la reforma procesal penal está funcionando bien, sería muy conveniente que mañana o en un par de años más, cuando cada Senador recoja en su circunscripción datos sobre el desempeño del AUGE, se efectuara un debate respecto de los beneficios que la reforma ha traído y los obstáculos que ha encontrado...

El señor CORDERO.- ¡Y las soluciones!

DISCUSIÓN SALA

El señor VIERA-GALLO.- ...y las soluciones que se puedan diseñar para superarlos.

Como puede apreciarse, estamos ante una normativa de alguna manera experimental. Con ello no digo que la iniciativa no sea fuerte ni importante. Pero, reitero, es un experimento que la sociedad chilena va a aprobar por medio del Senado -con seguridad, por abrumadora mayoría-, del cual todos debemos hacernos responsables.

Valoro mucho el voto favorable de la Oposición, porque significa que también se hace responsable. Ya no podrá decir: "¡Ah! Es que el plan lo están aplicando mal". ¡No! Con sus votos aprobó determinada forma de proceder. Y mañana, en cierto lugar donde el médico no tenga color político y, por la Alta Dirección Pública, los cargos de directores de servicios, de hospitales, no sean provistos por cuoteo político, será muy difícil señalar que el plan funciona mal por un problema de ineficiencia de tal o cual combinación gubernamental.

Aquí todos estamos en el mismo barco, y esperemos que llegue a buen puerto.

Voto a favor.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Ha solicitado intervenir el señor Ministro de Salud, a quien otorgo de inmediato el uso de la palabra.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, estimados señores Senadores, en primer lugar quiero agradecer la oportunidad que se nos da de intervenir en esta Sala para expresar que tanto en nosotros como en el Gobierno del Presidente Lagos existe absoluta conciencia de las fortalezas y debilidades del sistema de salud. Y, por eso, se ha implementado este proceso de reforma extraordinariamente ambicioso y, como dijo el Senador señor Viera-Gallo, lleno de desafíos.

Estamos contentos de que hoy día se dé este paso trascendental mediante el proyecto que establece el sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que de una forma u otra representa una herramienta de planificación y de priorización sanitaria, que constituye derechos y garantías susceptibles de reclamo por las personas y que genera lo que más nos interesa: mayores grados de dignidad y de equidad para todos los ciudadanos de nuestra patria.

Estamos contentos, porque hemos visto el trabajo y el importante desafío asumido por todos los señores Parlamentarios. Si se revisa la votación general de la iniciativa en la Comisión, se verá que prácticamente todas sus normas se acogieron en forma unánime. Pero no se debe confundir unanimidad con ambigüedad o blandura en las decisiones.

Aquí se produjo un avance muy sustantivo, tal como señalaron los señores Senadores que me antecedieron en el uso de la palabra, y se está generando un proceso de desarrollo de enormes proyecciones futuras y de desafíos -el Honorable señor Viera-Gallo lo dijo muy bien- que se nos imponen a todos los ciudadanos desde el

DISCUSIÓN SALA

momento en que el proyecto se apruebe por la Sala, cosa que aparentemente ocurrirá y en forma unánime.

Estamos contentos también por esa realidad. Porque aquí un proyecto que el Gobierno de la Concertación, encabezado por el Presidente Lagos, ha presentado al país está siendo aclamado de manera aparentemente unánime por la Sala. Y eso también nos llena de esperanza en las fuertes e importantes metas que la sociedad en su conjunto se ha planteado.

Quiero terminar diciendo que éste, más que un desafío técnico –el proyecto está lleno de ellos, como indicó el Senador señor Viera-Gallo-, es un desafío cultural. Aquí estamos cambiando la forma cultural de hacer salud en Chile, donde las personas, los ciudadanos, quienesquiera que sean y dondequiera que se encuentren, tienen derechos que pueden exigir y que los demás debemos entregar, buscando los medios para ello. Existe una priorización en términos sanitarios que esperamos que pronto llegue al ciento por ciento de las necesidades del país.

Ése es el desafío, y por eso -vuelvo a insistir- estamos con enorme esperanza, al apreciar la voluntad expresada en las palabras de quienes me antecedieron, que espero que se refleje en el resultado con que se apruebe la iniciativa.

Gracias.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Quedan dos Senadores inscritos y la sesión está convocada hasta las 14.

Si le pareciera a la Sala, podrán intervenir en el tiempo para fundamentar su voto.

Acordado.

Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, pocas veces, en todos los años que he estado en el Parlamento, he visto a un Ministro con tanta paciencia. Creo que ésta es una de las principales virtudes que han posibilitado que todas estas "embarcaciones", que son muchísimas y diversas (de administración, técnicas, financieras y de todo orden), concluyan finalmente en una reforma de salud bastante trascendente.

Ahora bien, quiero dejar establecido un hecho que no aparece claro en algunos discursos: no existen dos, sino una sola política de salud. Sí pueden ser diferentes las administraciones. Y en esto es muy importante tener presente que en la entrega de salud no sólo existen grandes organismos, como el FONASA y las ISAPRE, sino también un conjunto de entidades bastante relevantes.

El sistema de salud de las Fuerzas Armadas tiene otra connotación, y cuenta con una organización y una estructura diversas, con bastante autonomía.

La salud del trabajo, por su lado, atiende a cerca de 5 millones de trabajadores, los cuales se encuentran protegidos durante

DISCUSIÓN SALA

8 horas, todos los días, por mutuales serias, ordenadas y responsables, que realizan su labor en forma admirable.

En el ámbito de la educación, aproximadamente un millón de estudiantes, según las informaciones de que dispongo, están protegidos contra accidentes por seguros contratados con distintas clínicas a través de los centros de padres y apoderados.

También existen otras modalidades, surgidas de negociaciones colectivas. Son muchas y diversas.

Se combina el recurso ISAPRE, en otros casos el recurso FONASA, más el recurso de la empresa, de los trabajadores, con lo que se constituyen programas locales de salud bastante exitosos.

El resultado de todo ello es bastante claro: Chile tiene hoy una población sana. Ésa es la verdad. Se comprueba, fundamentalmente, con los buenos niveles que exhiben hoy todos los indicadores que controlan la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Nuestro país también muestra un avance importante en materia sanitaria. Sostener que la salud es sólo un problema de consultorios, de hospitales y algunas postas, constituye una profunda equivocación. Más del 90 por ciento de los chilenos ya dispone de agua potable, y un porcentaje similar, de evacuación de aguas servidas.

En lo relativo a vivienda, según el último censo, Chile tiene 3,6 habitantes por casa, cifra realmente admirable. En cuanto a espacios recreacionales, aún estamos deficitarios.

La construcción de carreteras y otros adelantos en el mismo plano han permitido bajar ostensiblemente el número de accidentes, los cuales provocan daños muy graves a la salud de las personas.

En el área de la educación, hoy podemos decir que, efectivamente, tenemos una población bastante más educada; y en esto incluyo la publicidad comercial. Existe mayor conocimiento de la comunidad en aquello referido a la prevención personal.

En definitiva, se dan varios elementos trascendentes que permiten ir avanzando con éxito en todo este proceso.

Quedan falencias menores, que en realidad no constituyen tanto un problema del Ministerio de Salud. Sin embargo, la autoridad debe tener presente algo muy importante. Espero que con estas leyes y con las normas que se vayan dictando el titular de esa Cartera se coordine un poco mejor con sus colegas y con las distintas áreas sociales, porque ocurre que no menos de un millón 500 mil chilenos todavía sigue considerando al consultorio, más que una entidad de salud, un centro social. Este hecho produce un efecto bastante relevante. Mientras todos los sistemas de salud consultan 4 atenciones profesionales anuales, tratándose de este sector de chilenos (más o menos un 10 por ciento de la población), esas atenciones se elevan a 12 a 14 en el año, distorsionando la realidad.

DISCUSIÓN SALA

He sostenido, y sigo sosteniendo, que a lo menos un 45 a 50 por ciento de las personas que concurren a los consultorios sin ser necesario lo hace por una razón de carácter social, de distracción de la dueña de casa, fundamentalmente, y de muchas otras que al final provocan imágenes distorsionadas.

De nuevo, señor Presidente, le estamos entregando al Estado una enorme responsabilidad. Muchas veces se han discutido privatizaciones para otras áreas del país, pero nunca se ha abordado esta responsabilidad o acción del Estado. Los chilenos no estamos dispuestos a privatizar responsabilidades en este campo. Sabemos que las personas que las asumen, con más o menos virtudes, intentan cumplir sus objetivos en buena forma.

Quiero señalar -y con esto termino- que tenía muchas dudas. El trabajo realizado por la Comisión ha cambiado mi manera de actuar frente al AUGE, que votaré favorablemente. Pero sigo sosteniendo que quienes pueden alegar sus derechos son aquellos que han cumplido previamente sus compromisos. Y, en este caso, la ley en proyecto entrega a la población el mayor número de compromisos y la responsabilidad del éxito en salud.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Martínez, quien es el último Senador inscrito.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, es indudable que éste es un gran esfuerzo que se hace para mejorar la atención de salud de la gran masa de nuestros compatriotas; pero, en esta discusión general de la iniciativa, me asalta una duda en cuanto a los alcances de su Título III, "De la responsabilidad en materia sanitaria", en un sentido práctico, de cómo va a operar. Porque, en el inciso segundo del artículo 37, se define "falta de servicio" como el incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad. Esto presupone que los usuarios del sistema deben estar informados acerca de cuáles son esas normas legales y reglamentarias. Lo anterior resulta fundamental para determinar los alcances de una falta de servicio.

Frente a esta situación, es necesario imaginarse el escenario en el cual va a funcionar la disposición, para evitar que sea un precepto escrito sin visualización de los procedimientos. Resulta evidente que para exigir la acción de las personas, sobre todo en materia de responsabilidad financiera, se requiere saber cómo va a operar la norma. De lo contrario, no tendría sentido. Ella lanza o plantea una señal que puede entusiasmar, pero después nos podemos encontrar con que no es factible aplicarla. Esto afectaría lo que yo llamo "credibilidad del servicio" y "credibilidad de la idea", cuestión importante.

La norma establece que el particular "deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano". ¿Cómo va a

DISCUSIÓN SALA

acreditar el daño el ciudadano común y corriente que recurra al sistema?

Lo planteo por si es posible que en la discusión particular aparezca alguna forma de solución o clarificación al problema.

Nada más, señor Presidente.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Cómo vota, Su Señoría?

El señor MARTÍNEZ.- A favor. Pero, si el señor Presidente lo autoriza, me gustaría escuchar al Honorable señor Viera-Gallo.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Estamos en votación, y durante ella no hay interrupciones.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Ha llegado a la Mesa un proyecto de acuerdo suscrito por los Senadores señores Prokurica, Romero, Lavandero, Espina, Ríos, Horvath, Canessa, Martínez, Cordero, Aburto, Vega, Stange, Coloma, Fernández y Zurita, quienes proponen enviar oficio al Presidente de la República para que, si lo tiene a bien, modifique la legislación tributaria sobre los combustibles. (Boletín N° S 740-12).

El señor LARRAÍN (Presidente).- Se incorporará en la Cuenta de esta sesión y quedará para el Tiempo de Votaciones de la próxima sesión ordinaria.

El señor LARRAÍN (Presidente).- En seguida, va a continuar la votación por orden alfabético.

El señor NARANJO.- Señor Presidente, en el fundamento de mi voto, deseo expresar mi tremenda satisfacción por la aprobación del proyecto. Creo que, junto con darse con ello un paso extraordinariamente importante, es el momento de hacer un llamado al Colegio Médico de Chile para que se sume a esta iniciativa, para que no se reste a ella, porque las leyes sin el respaldo de las personas de poco sirven.

Voto a favor.

El señor ZALDÍVAR (don Adolfo).- Señor Presidente, por cierto, también votaré favorablemente.

Hoy día tomamos una de las decisiones más trascendentales para resolver en buena forma un problema de tanta envergadura como el de la salud. Y esta decisión, que se adopta con espíritu solidario y realista, nos permitirá enfrentar necesidades cada vez más crecientes en ese ámbito.

Pero esta normativa no sólo conlleva la solución de eventos de salud, sino también el que nuestra sociedad pueda

DISCUSIÓN SALA

enfrentarlos con más equidad y solidaridad. Por ello, nadie se puede restar a su aprobación.

Se trata de un gran esfuerzo. En lo futuro, habrá que seguir trabajando para acrecentar y superar las dificultades que se presenten.

El Senado, al aprobar el proyecto, marca el camino para que, en definitiva, toda la institucionalidad trabaje a fin de solucionar las dificultades de la población en esta área. Estamos ante un cambio de fondo; un cambio no menor; un cambio, en fin –como aquí se ha dicho-, de carácter cultural.

Por último, debo manifestar que la equidad y solidaridad son fundamentales para enfrentar con éxito los problemas de salud de los chilenos.

Por eso, voto que sí.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor LARRAÍN (Presidente).- Terminada la votación.

--Se aprueba en general el proyecto (42 votos por la afirmativa, uno por la negativa y un pareo).

Votaron por la afirmativa los señores Aburto, Arancibia, Boeninger, Bombal, Canessa, Cariola, Coloma, Cordero, Chadwick, Espina, Fernández, Flores, Foxley, Frei (doña Carmen), García, Gazmuri, Horvath, Larraín, Lavandero, Martínez, Matthei, Moreno, Muñoz Barra, Naranjo, Novoa, Núñez, Orpis, Páez, Parra, Prokurica, Ríos, Ruiz (don José), Ruiz-Esquide, Sabag, Silva, Stange, Valdés, Vega, Viera-Gallo, Zaldívar (don Adolfo), Zaldívar (don Andrés) y Zurita.

Votó por la negativa el señor Ávila.

No votó, por estar pareado, el señor Romero.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Si le parece a la Sala, se fijará como plazo para formular indicaciones el lunes 14 de junio, a las 12.

--Así se acuerda.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, sólo quiero agradecer a los señores Parlamentarios su disposición, voluntad y claridad frente a las necesidades que tiene el país en esta materia.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Por haberse cumplido su objetivo, se levanta la sesión.

--Se levantó a las 14.

Manuel Ocaña Vergara,
Jefe de la Redacción

2.4. Boletín de Indicaciones

Modificaciones presentadas por el Presidente de la República al proyecto de ley, 14 de junio de 2004

BOLETIN N° 2947-11

INDICACIONES 14.06.04

INDICACIONES FORMULADAS DURANTE LA DISCUSIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

ARTÍCULO 1º

- 1) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para suprimirlo.
- 2) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, a continuación de las palabras "Garantías Explícitas en Salud", lo siguiente: "señaladas en el inciso segundo del artículo 3º de esta ley,".

ARTÍCULO 2º

- 3) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.".

ARTÍCULO 3º

- 4) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar el inciso primero por el siguiente:

BOLETÍN DE INDICACIONES

- “El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de atención institucional, deberán cubrir a sus respectivos beneficiarios, conforme en las leyes N°s. 18.933 y 18.469.”.
- 5) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para eliminar, en su inciso segundo, lo siguiente: “Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala,”.
 - 6) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituir en su inciso segundo, la oración “El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá” por la siguiente: “Asimismo, las prioridades sanitarias contribuirán”.
 - 7) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para reemplazar la oración final del inciso segundo del artículo 3º, que dispone: “El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley”, por la siguiente: “A partir exclusivamente de dichas Garantías Explícitas se determinará la Prima Universal de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 de esta ley. En todo caso, los gastos esperados por el otorgamiento de dichas garantías no podrán ser superiores al valor de la referida prima.”.
 - 8) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para agregar, al final del inciso cuarto, lo siguiente: “Dichas normas serán dadas a conocer oportunamente a estos beneficiarios.”.
 - 9) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para incorporar, en su inciso cuarto, la siguiente frase final: “Estas prestaciones no podrán verse reducidas ni condicionadas por las modificaciones que se produzcan respecto de aquéllas de carácter prioritario a que hace referencia el inciso segundo.”.
 - 10) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso final, entre las palabras “obligadas a” y la expresión “las prestaciones”, la palabra “otorgar” por la frase: “asegurar el otorgamiento de”.

ARTÍCULO 4º

BOLETÍN DE INDICACIONES

Letra b)

- 11) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar, en la letra b) del artículo 4º, a continuación de la expresión "ley N° 19.937" la siguiente frase precedida por una coma (,): "en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente".

Letra d)

- 12) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para reemplazar su inciso primero por el siguiente:

"d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La proposición en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de la prestación o grupo de prestaciones de salud, la que deberá ser de un 80% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen."

- 13) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, en el inciso primero, después de las palabras "deberá ser" lo siguiente: "para los pertenecientes al grupo C un 5% y para los del grupo D un 10% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen".

- 14) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para agregar, al final del inciso primero, lo siguiente: "En el caso del grupo C corresponderá a un 10%."

o o o

- 15) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso, nuevo:

"La diferencia de cargo del afiliado o beneficiario se denominará copago".

- 16) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso, nuevo:

"Se mantendrán los actuales no copagos de las siguientes personas:

Los trabajadores afiliados al Sistema Público de Salud que perciban el sueldo mínimo, y sus cargas.

Los cesantes que reciban subsidio de cesantía y sus cargas, mientras mantengan su situación.

BOLETÍN DE INDICACIONES

Los jubilados, con ingresos hasta 3 sueldos mínimos, y sus cargas.

Los trabajadores del Sistema Público de Salud, activos y pasivos y sus cargas, que coticen para el Sistema Público de Salud.

Todas las atenciones de programas especiales del Minsal, que hasta ahora se entregan gratuitamente.

Todas las prestaciones de atención primaria.”.

o o o

ARTÍCULO 5º

- 17) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en el artículo 5º, después de la palabra “adicional”, la frase: “de cargo de dichos organismos según corresponda”.

ARTÍCULO 7º

- 18) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Para los afiliados pertenecientes al grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.466, el deducible equivaldrá a 1,5 sueldos mensuales legales pactados según corresponda, independiente de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados al grupo C de la referida ley; el deducible equivaldrá a un sueldo mensual legal o pactado independiente del número de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.”.

- 19) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso primero, a continuación de la palabra “Previsional” las expresiones “y sus beneficiarios,”.

- 20) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso primero, a continuación de la expresión “ley N° 18.469,” las palabras “y sus cargas legales,”.

- 21) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir en el inciso primero, la frase “que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.” por lo siguiente: “que le ocurra a él, a

BOLETÍN DE INDICACIONES

- sus cargas legales o a los beneficiarios que de él dependan, según corresponda.”.
- 22) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en su inciso primero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase, precedida por un punto y coma (;): “en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.”
- 23) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para eliminar el inciso segundo.
- 24) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para suprimir el inciso tercero.
- 25) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir, en el inciso tercero, la oración “en caso de que la cotización base sea la legal”, por la siguiente: “en caso de que la cotización corresponda a un porcentaje de la renta”.
- 26) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso tercero, a continuación de la oración “o pagada en el mes inmediatamente anterior al inicio del evento”, lo siguiente: “, o del primer evento, según corresponda”.
- 27) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en su inciso tercero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): “en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.”
- 28) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para eliminar el inciso cuarto.
- 29) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir, en el inciso cuarto, la frase inicial “En el caso de la cotización pactada” por la siguiente: “En el caso de que la cotización corresponda a un monto pactado”.

ARTÍCULO 9º

- 30) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituirlo por el siguiente:

“El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de treinta y seis meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los treinta y seis meses no se

BOLETÍN DE INDICACIONES

alcanzara a completar el deducible; los copagos no se acumularán para el siguiente período; reiniciándose el cómputo del deducible por otros treinta y seis meses, y así sucesivamente.”.

31) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso segundo, la frase “para otorgar dichas garantías” por la siguiente oración: “o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia conforme la letra c) del artículo 4º”.

32) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar su inciso tercero, por el siguiente:

“No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho recinto hasta el monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.”.

33) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar en la parte inicial del inciso tercero, a continuación de la expresión “Salud Previsional”, y antes del punto seguido (.), lo siguiente: “, siempre que se encuentre imposibilitado de acceder a uno de estos”.

34) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir la parte final del inciso tercero, por lo siguiente:

“En tal caso, se aplicarán las siguientes reglas:

a) A contar del ingreso del paciente y hasta que éste se encuentre en condiciones de ser trasladado, conforme lo dispuesto en el inciso quinto de este artículo, tanto la cobertura como el copago que se aplicarán serán los determinados para el Régimen, de acuerdo a lo establecido en la letra d) del artículo 4º de esta ley, y

b) Los copagos devengados en el establecimiento, conforme a lo señalado en la letra precedente, se computarán para el cálculo del deducible.”.

BOLETÍN DE INDICACIONES

- 35) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar su inciso cuarto, por el siguiente:

“El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes al ingreso al establecimiento de salud. En caso de imposibilidad, el director del prestador institucional deberá informar tal circunstancia a la Superintendencia de Salud.”.

- 36) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para reemplazar el inciso cuarto por el siguiente:

“Los establecimientos que reciban personas en la situación de urgencia descrita en este artículo, deberán informarlo a la Superintendencia de Salud, dentro de las 24 horas siguientes, indicando la identidad de la persona recibida.”.

- 37) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir el inciso quinto por el siguiente:

“Lo dispuesto en las letras a) y b) del inciso tercero precedente, se aplicará sólo hasta que el establecimiento que haya recibido al paciente determine que éste se encuentra en condiciones de ser trasladado.”.

- 38) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir el inciso sexto por el siguiente:

“Determinada la posibilidad de traslado de conformidad a lo dispuesto en el inciso precedente, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si el paciente o sus familiares optan por la mantención de éste en el establecimiento, se aplicarán a partir de ese momento las coberturas de Fonasa en su modalidad de libre elección o del plan complementario, según corresponda. Los copagos que se generen no se contabilizarán para el cálculo del deducible.

b) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado de éste a un establecimiento que no forme parte de la Red Asistencial o sea distinto de aquél o aquellos designados por la Isapre, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado de éste a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la

BOLETÍN DE INDICACIONES

Isapre, según corresponda, se aplicarán a partir de ese momento las coberturas del Régimen. Los copagos que se generen se contabilizarán para el cálculo del deducible.”.

39) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso séptimo, a continuación de la palabra “posterioridad”, lo siguiente: “a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente”.

40) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar, en su inciso final actual, antes de la palabra “reiniciará” las palabras “iniciará o”.

41) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso final nuevo:

“En caso de discrepancia respecto de la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave, corresponderá resolver a la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.”.

42) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar el siguiente inciso final, nuevo:

“Los conflictos médicos que se susciten con relación a la posibilidad de traslado señalado en el inciso quinto de este artículo, serán resueltos, sin ulterior recurso, por un perito médico de aquellos contemplados en una lista que al efecto mantenga la Superintendencia de Salud. Los requisitos para inscribirse en esta lista, los aranceles respectivos, el procedimiento de designación de los peritos para cada caso y demás aspectos relacionados serán establecidos por la Superintendencia de Salud a través de normas de general aplicación.”.

ARTÍCULO 12

43) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para eliminar las palabras “al que deberá ajustarse”.

44) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la expresión “al que deberá ajustarse” por la siguiente frase precedida por una coma (,): “expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas garantías”.

45) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar su inciso segundo, por los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

BOLETÍN DE INDICACIONES

“Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un periodo de doce meses, superior a la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse en base a los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y las demás normas que se establecerán en un Reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.”.

- 46) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir, en el inciso segundo, la frase final por la siguiente: “deducido el 20% de contribución y el 10% conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.”.

ARTÍCULO 14

- 47) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para suprimirlo.
- 48) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para reemplazar la oración “respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan”, por lo siguiente: “prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan”.

ARTÍCULO 18

- 49) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para suprimir la palabra “real”, y para agregar, entre la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Real”.

ARTÍCULO 19

- 50) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, a continuación de la expresión “Garantías Explícitas del Régimen” lo siguiente: “, y que hayan sido requeridas en este carácter;

BOLETÍN DE INDICACIONES

de conformidad a las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud”.

ARTÍCULO 21

- 51) Del Honorable Senador señor Arancibia, para agregar, en el número 5.- del inciso segundo, la siguiente frase final: “A lo menos uno de estos miembros deberá representar a los prestadores de salud privados.”.
- 52) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en el inciso tercero, entre la expresión “Los consejeros” y la palabra “durarán”, la frase: “ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud,”.

ARTÍCULO 22

- 53) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para incorporar, en su inciso cuarto, la siguiente oración final: “Ajustándose a los recursos disponibles, ésta no podrá negarse a curar dichas solicitudes.”.
- 54) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en el inciso quinto, las expresiones “establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo”, por lo siguiente: “dictado por el Ministerio de Salud, previa proposición del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento”.

ARTÍCULO 23

- 55) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en el inciso segundo, a continuación de la expresión “por otros tres años”, la expresión: “y así sucesivamente”.

ARTÍCULO 24

- 56) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para eliminar, en el inciso primero, la parte final que se inicia en “El decreto supremo”, que pasa a encabezar el inciso segundo.

BOLETÍN DE INDICACIONES

- 57) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para considerar como encabezamiento del inciso segundo, lo siguiente:

“El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.”.

- 58) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para eliminar del inciso segundo la expresión “Cumpliéndose las condiciones del inciso primero,”.

- 59) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar, al final del inciso segundo, lo siguiente: “En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.”.

o o o

- 60) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso, nuevo:

“Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria correspondiente, registrados en la Superintendencia de Salud, los cuales podrán inscribirse libremente en cualquiera red asistencial pública o privada. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”.

o o o

- 61) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar en su inciso tercero, las palabras “en la Superintendencia de Salud”, por la siguiente: “o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º.”.

ARTÍCULO 25

BOLETÍN DE INDICACIONES

- 62) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar, en el inciso primero, las palabras "acceder a" por "atenderse en".
- 63) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituir, en el inciso primero, la coma (,) que sigue a la palabra "corresponda" por un punto seguido (.), y agregar la expresión "Asimismo, deberán acceder a ésta".
- 64) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para reemplazar, en el inciso primero, el punto aparte (.) por una coma (,), y agregar la expresión "y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito además por el Ministro de Hacienda".
- 65) Del Honorable Senador señor Arancibia, para agregar, en el inciso segundo, a continuación de la palabra "independientes", lo siguiente: "esto es, prestadores de salud que no se encuentren registrados, conforme lo señalado en el inciso tercero del artículo 24 de esta ley".

o o o

- 66) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso, nuevo:

"Los prestadores independientes que hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud y se encuentren acreditados por la autoridad sanitaria para otorgar las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud, podrán atender pacientes portadores de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas en la modalidad libre elección, bajo condiciones de aranceles AUGE y exclusivamente en instituciones públicas de salud."

o o o

ARTÍCULO 27

o o o

- 67) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del artículo 27, el siguiente artículo 27 bis, nuevo:

"Artículo 27 bis.- No obstante lo dispuesto en los artículos 25 y 27 precedentes aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 que opten por atenderse en la modalidad de Libre Elección, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13, de dicha ley en las prestaciones señaladas en las Garantías Explícitas de Salud y con el arancel establecido para estas

BOLETÍN DE INDICACIONES

prestaciones, conservarán plenamente los derechos respecto a las Garantías Explícitas de Salud.”.

o o o

ARTÍCULO 28

o o o

- 68) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del artículo 28, el siguiente artículo 28 bis, nuevo:

“Artículo 28 bis.- No obstante lo dispuesto en el artículo 28 precedente, los beneficiarios de la ley N° 18.933 podrán elegir libremente al prestador que les otorgará las prestaciones del Régimen de Garantía, siempre que dicho prestador acepte el arancel de las Garantías Explícitas de Salud.”.

o o o

ARTÍCULO 29

- 69) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en el inciso primero, la expresión “los efectos de dejar constancia”, por lo siguiente: “que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen”.
- 70) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir, en el inciso primero, las palabras “las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente”, por lo siguiente: “las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el inciso segundo del artículo 3° de esta ley”.

ARTÍCULO 31

- 71) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para suprimir la palabra “real”, y agregar, a continuación de la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Nominal”.
- 72) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para sustituir la parte final que comienza con los términos “entre el mes precedente”, por lo siguiente: “entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las garantías explícitas en salud”.

BOLETÍN DE INDICACIONES

que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.”.

ARTÍCULO 33

o o o

- 73) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar el siguiente numeral 1.-, nuevo, modificando la numeración correlativa de los siguientes:

“1.- Modifíquese el artículo 5º del modo que sigue:

a) Sustitúyase la letra b), por la siguiente:

“b) Los trabajadores independientes, sea que coticen o no para un régimen legal de previsión;”,

b) En la letra c), reemplácese la coma (,) y la letra “y”, por un punto y coma (;);

c) Reemplácese la letra d) por la siguiente:

“d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza, de subsidio por incapacidad laboral o perciban prestaciones por cesantía. Estos últimos se entenderán clasificados en el Grupo B para los efectos del Artículo 29 de la presente ley, y”; y

d) Agréguese la siguiente nueva letra e):

“e) Quienes no estando comprendidos en las letras anteriores, deseen afiliarse al régimen establecido por este cuerpo legal como cotizantes no obligados.”.

o o o

Nº 1

- 74) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar, antes del punto final, lo siguiente: “y sus causantes de asignación familiar.”.

o o o

BOLETÍN DE INDICACIONES

- 75) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación del numeral 1º, el siguiente, nuevo:

“... .- Modifíquese el artículo 7º del siguiente modo:

a) Intercálase el siguiente inciso tercero nuevo, pasando los actuales incisos tercero y cuarto a ser incisos cuarto y quinto, respectivamente.

“Los afiliados que reciban una pensión inferior a medio ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho y menores de sesenta y cinco años de edad, estarán exentos del pago de cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud a que alude el inciso anterior. Aquéllos que reciban una pensión desde medio hasta un ingreso mínimo mensual para dichos trabajadores, pagarán, por ese concepto, un 5% de la misma.”.

b) Reemplázase el inciso final por el siguiente:

“Los trabajadores independientes, los imponentes voluntarios y los cotizantes no obligados estarán sujetos a la cotización indicada en el inciso segundo, aplicada sobre su renta o ingresos declarados.”.

- 76) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación del numeral 1º, el siguiente, nuevo:

“... .- Incorpórase, a continuación del artículo 7º, los siguientes artículos 7º bis y 7º ter, nuevos:

Artículo 7º bis.- Los trabajadores independientes estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo a las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número precedente se calculará en base a los ingresos que declare el interesado en el período ordinario, esto es en el mes de Junio de cada año ante el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda, para los doce meses siguientes. Los trabajadores independientes que inicien o reinicien actividades en un mes distinto a Mayo, deberán declarar sus ingresos en el mes siguiente, hasta el mes de junio próximo, incorporándose al período ordinario. En todo caso, el trabajador independiente podrá modificar esta declaración por una sola

BOLETÍN DE INDICACIONES

vez dentro del período anual correspondiente. El ingreso declarado no podrá ser inferior a un ingreso mínimo.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada por el trabajador independiente.

5.- La obligación de cotizar, del trabajador independiente, se mantendrá mientras realice una actividad que le proporcione ingresos sin estar sujeto a un empleador. Será de su responsabilidad comunicar al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva el cese en la indicada actividad, comunicación que surtirá efecto a contar del mes siguiente de aquél en que se realice.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, la Ley N° 18.933 y esta Ley confieren al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República retendrá de la devolución anual de impuestos a la renta que correspondiere al trabajador independiente los montos que por dicho concepto no haya enterado, total o parcialmente, conforme a los procedimientos y plazos que fije el Reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto.

Artículo 7° ter.- Las cotizaciones indicadas en el artículo anterior deberán ser declaradas y pagadas por el trabajador independiente al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, según corresponda, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos declarados anualmente para los efectos del artículo anterior, o aquél en que se autorizó la licencia médica por la entidad correspondiente, en su caso, términos que se prorrogarán hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El trabajador independiente que no pague oportunamente las cotizaciones para salud, deberá, a lo menos, declararlas en el organismo correspondiente, dentro del plazo señalado en el inciso primero de este artículo.

La declaración de cotizaciones deberá contener a lo menos, el nombre, rol único tributario domicilio, actividad económica, número de cargas

BOLETÍN DE INDICACIONES

familiares de los afiliados independientes y el monto de los ingresos por los cuales realiza la cotización.

Si el trabajador independiente no efectúa oportunamente la declaración a que se refiere el inciso anterior, o si ésta es incompleta o errónea, será sancionado con una multa a beneficio fiscal de media Unidad de Fomento por cada declaración incompleta o errónea. Si la declaración fuere incompleta o errónea y no existen antecedentes que permitan presumir que es maliciosa, quedará exento de esa multa el afiliado independiente que pague las cotizaciones dentro del mes calendario siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos respectivos.

Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el afiliado independiente, se reajustarán entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Para cada día de atraso la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la Ley N°18.010, aumentado en un veinte por ciento.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a seguir las acciones tendientes al cobro de las cotizaciones adeudadas, sus reajustes, intereses, y multas en el caso del Fondo Nacional de Salud; aun cuando el trabajador se hubiere desafiliado del Régimen. En todo caso, el Fondo Nacional de Salud podrá requerir toda la información de que disponga la Tesorería General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, respecto del trabajador independiente en cuanto a sus ingresos correspondientes al año declarado en que se registre las cotizaciones presuntamente adeudadas.

Serán aplicables todas las normas contenidas en los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° inciso tercero, 11° y 12° de la ley N°17.322 para el cobro de las cotizaciones, reajustes e intereses adeudados al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 31, inciso 5° de la Ley N°18.933, respecto de las Instituciones de Salud Previsional.

BOLETÍN DE INDICACIONES

Los reajustes e intereses a aplicar a las cotizaciones adeudadas serán de beneficio del Fondo Nacional de Salud, o de la Institución de Salud Previsional, que esté realizando la cobranza.

En todo caso, el pago de la deuda por concepto de cotización de salud se efectuará imputando a los meses más antiguos, prefiriendo el capital para todo el periodo adeudado y pagado éste, el saldo se aplicará a reajustes, intereses y multas. Si el saldo no resultare suficiente para cubrir la totalidad de los gravámenes de un mes determinado, se abonará proporcionalmente a lo que se adeudare por cada uno de estos conceptos en dicho mes.

La prescripción que extingue las acciones para el cobro de estas cotizaciones, reajustes, intereses y multas, será de cinco años desde que se hizo exigible la obligación.

Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N°5 del artículo 2.472 del Código Civil, conservando este privilegio por sobre los derechos de prenda y otras garantías establecidas en leyes especiales."."

o o o

N° 2

- 77) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituirlo por el siguiente:

"2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° y su letra a) por el siguiente:

"Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen de Garantías en Salud las siguientes prestaciones: a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Este examen incluye una gama de procedimientos a ser aplicados en individuos libres de síntomas propios de la enfermedad o condición de interés. Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos y frecuencia del Examen. Los resultados

BOLETÍN DE INDICACIONES

deben ser manejados como dato sensible y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.”.

- 78) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en el encabezado del artículo 8º, a continuación de las palabras “establezca el”, la frase “Reglamento de esta ley y, en el caso de prestaciones con garantías explícitas, en el”.

Nº3

Letra a)

- 79) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar en el inciso primero, a continuación de la expresión “Servicio de Salud”, la frase “y los Establecimientos de Salud de carácter experimental”.

o o o

- 80) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a continuación del numeral 3.- , el siguiente, nuevo:

“...- Reemplácese, en el artículo 17º bis, la expresión “trabajadores afiliados independientes” por “cotizantes no obligados”.”

- 81) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a continuación del numeral 3.- , el siguiente, nuevo:

“... .- Modifícase el artículo 18º del modo que sigue:

a) Intercálase, en su inciso primero, a continuación de la coma que sucede a la palabra “independientes”, la siguiente oración: “que estén afectos a un Régimen Previsional, y”.

b) Reemplázase, en el inciso segundo, la expresión “trabajadores independientes” por “cotizantes no obligados”, y “letra b)” por “letra e)”.”.

- 82) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a continuación del numeral 3.- , el siguiente, nuevo:

“... .- Modifícase, el artículo 21º del modo siguiente:

BOLETÍN DE INDICACIONES

a) Reemplácese, en el inciso segundo, la palabra "trabajadores" por "afiliados", y la frase "al promedio de la renta mensual imponible" por "al promedio del ingreso declarado anualmente,", y

b) Sustitúyase, en el inciso tercero, las palabras "trabajadores" por "afiliados", y "afiliados" por "adscritos"."

o o o

Nº 4

83) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituir, en el inciso segundo de los que se propone agregar al artículo 27, la expresión "el cotizante" por la palabra "aquel".

84) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar, en el artículo 27, el siguiente inciso final nuevo:

"Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero, se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice y devengará los intereses penales que establece el inciso 4º del artículo 31º."

Nº 5

85) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituirlo por el siguiente:

"5.- Modifícase el artículo 30 de la siguiente manera:

i. Intercálase, entre los incisos 2º y 3º, que pasa a ser cuarto, el siguiente nuevo inciso tercero:

"Con todo, el Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá con el 100% del financiamiento para todas las prestaciones respecto de los beneficiarios de esta ley que tengan 65 o más años de edad, independientemente del grupo de ingreso al que pertenecen. Asimismo, los beneficiarios de esta ley pertenecientes a los grupos A y B referidos en el artículo precedente, no estarán afectos a copago alguno, respecto de las prestaciones que se les otorguen en la atención primaria de salud."

BOLETÍN DE INDICACIONES

ii. Reemplázase, en su inciso final, la expresión "Servicio de Salud", por "Fondo Nacional de Salud".

iii. Sustitúyase, en su inciso final, la oración "de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud" por la siguiente, precedida por una coma (,): "pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red."

N° 6

86) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimirlo.

87) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituirlo por el siguiente:

"6.- Sustituyese en el artículo 33:

i.- En el inciso sexto, las palabras "afiliado" y "afiliados" por "beneficiario" y "beneficiarios" respectivamente y la frase "servicio público" por "organismo de la administración del Estado".

ii.- En el inciso séptimo, la palabra "afiliado" por "beneficiario".

ARTÍCULO 34

N° 4

88) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para eliminar el artículo 42 E que propone incorporar a la ley N° 18.933.

ARTÍCULO 37

89) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 37.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

BOLETÍN DE INDICACIONES

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditadas en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.”.

- 90) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“El particular deberá acreditar que el daño se produjo como consecuencia de la falta de servicio del órgano.”.

- 91) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar el inciso cuarto por el siguiente:

“Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa grave o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos o medios proporcionados por el servicio o que su función ha permitido, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.”.

o o o

- 92) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para intercalar, a continuación del artículo 37, el siguiente, nuevo:

“..... .- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar 10 días después de notificada la sentencia de término.”.

o o o

ARTÍCULO 38

- 93) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:

BOLETÍN DE INDICACIONES

“Artículo 38.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.”.

ARTÍCULO 39

- 94) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 39.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables por parte del órgano ni de los funcionarios, los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica, considerando el momento, el lugar y las condiciones en que aquéllos se produjeron.”.

- 95) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para incorporar la siguiente frase final al inciso segundo: “Tampoco serán indemnizables los daños en aquellos casos en que se haya dado cumplimiento a los respectivos protocolos médicos.”.

ARTÍCULO 40

- 96) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 40.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar, sin perjuicio de su derecho a repetir en contra de los prestadores de salud correspondiente en caso que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.”.

- 97) Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 40.- Responderán del incumplimiento de la obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud

BOLETÍN DE INDICACIONES

contempladas en esta ley, las entidades que, según el artículo 4º, han debido otorgar dichas garantías, siempre que haya habido falta de servicio o incumplimiento negligente, según corresponda.”.

o o o

- 98) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente, nuevo:

“El cumplimiento de la normativa del sector salud que les sea aplicable, exonera de responsabilidad por falta de servicio o incumplimiento negligente al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional.”.

o o o

- 99) Del Honorable Senador señor Arancibia, para intercalar, en el inciso final, a continuación del término “omisión”, la palabra “dolosa”.

o o o

- 100) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente Párrafo II, nuevo:

“Párrafo II
De la Mediación

Artículo 41.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los Servicios de Salud, Establecimientos de Autogestión en Red y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, para estos efectos, los “prestadores institucionales públicos”, en el ejercicio de sus funciones legales de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

La mediación es un procedimiento no adversarial, y tiene por objeto propender a que mediante una comunicación directa entre las partes, a través de un mediador, lleguen éstas a una solución extrajudicial de su controversia.

Actuará como mediador un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente.

Artículo 42.- El interesado, su representante legal o los herederos en su caso, deberán presentar su reclamo ante la Secretaría Regional

BOLETÍN DE INDICACIONES

Ministerial que corresponda, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan la identificación de el o los interesados y de su representante legal en caso que según las reglas generales deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador institucional público reclamado y la individualización de los prestadores individuales involucrados, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En caso que el mediador advierta que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se les deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 43.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes este plazo podrá ser prorrogado hasta por un máximo total de ciento veinte días.

En caso que dentro del plazo original o prorrogado, no hubiere acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, se deberá dejar debida constancia de ello por el mediador, el que actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiere lugar.

Artículo 44.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasare por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se les citará nuevamente; si fracasare esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si dentro de tercero día no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso que las hubiera, se procederá de la misma forma.

BOLETÍN DE INDICACIONES

Artículo 45.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, su duración y etapas y el carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, dándose por terminada mediante un acta que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En caso que alguna se niegue, se dejará constancia de ello y las razones que justificaren dicha actitud.

Artículo 46.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal y no podrá hacerse por apoderado, salvo en caso de los prestadores institucionales públicos, los cuales comparecerán a través de su representante legal o un apoderado debidamente autorizado. Excepcionalmente, por razones fundadas y con autorización del mediador, podrá designarse un apoderado, facultado expresamente para transigir. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 47.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo en caso de ser necesario. Para ello podrá efectuar las visitas que estime procedentes al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia objeto de la mediación, de costo de las partes.

Artículo 48.- El mediador, para los efectos de garantizar su imparcialidad, deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador ante el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercero día hábil. Si alguna de las partes no se conformare con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta con indicación de la razón de ello.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considerare que existen hechos que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio. El asunto deberá ser traspasado a otro mediador según lo

BOLETÍN DE INDICACIONES

establezca el Reglamento, o, en caso de no considerar de tal gravedad la casual, exponer la situación a las partes y si éstas nada dicen, proseguirá el procedimiento ante él; en caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 49.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas, en virtud de ello serán aplicables las normas establecidas en el artículo 13 de la ley 18.575 y sus normas complementarias.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que haya conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso que a través de informes o intervenciones hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

Si de la violación de dicha reserva se derivare perjuicio para cualquiera de los participantes u otras personas relacionadas, el infractor será sancionado con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Artículo 50.- Las citaciones que este párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley N° 19.880.

Artículo 51.- En caso de llegar a un acuerdo, se deberá levantar un acta, la que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En ella se deberá describir los términos del acuerdo, las obligaciones que asumen cada una de las partes y la expresa renuncia de la parte reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta tendrá los efectos de un contrato de transacción.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Los montos que acuerde pagar como resultado de la mediación, obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado, los que no podrán ser suplementados con aporte fiscal para este efecto.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este párrafo, se podrán pagar por los prestadores institucionales públicos.

BOLETÍN DE INDICACIONES

Los prestadores institucionales públicos, deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 52.- Mediante un reglamento del Ministerio de Salud y de Hacienda, se establecerán las demás normas que permitan el funcionamiento de este sistema, la forma de designación de los mediadores y los requisitos que deberán cumplir, los procedimientos, el acceso del público a este sistema y demás asuntos relativos a la implementación y funcionamiento del mecanismo de mediación establecido en este título.”.

o o o

- 101) De los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente, nuevo:

“... .- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los órganos de la Administración en materia sanitaria, requiere el agotamiento previo de la vía administrativa.

El afectado deberá presentar la solicitud de reparación económica de los daños ocasionados, ante el respectivo Director del Servicio de Salud, especificando las lesiones producidas o las circunstancias de la muerte en su caso, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio, la falta que se imputa, y la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial; acompañando todos los antecedentes que estime conveniente, dando de esta forma inicio al procedimiento administrativo el que se regirá en todo lo no previsto por esta ley, por lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo.

El plazo para presentar la solicitud de reparación económica, será de cuatro años desde que ocurrieron los hechos; esto es, desde la acción u omisión de la autoridad sanitaria. La presentación de la solicitud de reparación interrumpe la prescripción durante el tiempo que dure el procedimiento administrativo.

El Director del Servicio de Salud podrá delegar la instrucción del procedimiento administrativo en un abogado de la Fiscalía del Servicio. En todo caso la resolución de término del procedimiento, deberá ir firmada por el Director del Servicio.

BOLETÍN DE INDICACIONES

El procedimiento administrativo terminará por el rechazo o la aprobación de la solicitud. En caso de aprobación deberá señalar el monto de la indemnización que el Servicio de Salud dispone pagar, que podrá ser distinto al solicitado por el interesado. Deberá determinar además si existe falta de servicio del órgano o si se trata de una falta personal del funcionario que haya incurrido en culpa grave o dolo. Esta última declaración no producirá otro efecto respecto al funcionario, que la obligación del Servicio de demandar ante los tribunales ordinarios para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado, donde deberá probar la culpa o dolo del funcionario. En todo caso el funcionario afectado podrá siempre intervenir como tercero en el procedimiento administrativo.

El sumario administrativo correspondiente, si lo hubiere, será siempre acompañado al expediente administrativo.

En caso que aparezcan otras personas afectadas por los mismos hechos que se refieran a una determinada víctima, como cónyuge, conviviente, padres, o hermanos, deberán todos concurrir al procedimiento administrativo, personalmente o a través de representante legal, el que no podrá continuar sin ellos. Tratándose de daño moral por muerte, el Servicio de Salud, de oficio deberá establecer quienes tienen derecho a indemnización, y por lo tanto a intervenir en el procedimiento, procediendo a su notificación para que intervengan en el. Pendiente la ubicación y notificación de dichas personas, se suspende el plazo del procedimiento.

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá ser aprobada por resolución del Ministerio de Hacienda.

Sin perjuicio del recurso de reposición, la parte en el procedimiento, o los terceros interesados, podrán interponer recurso de tutela ante el Ministro de Salud. El Ministro podrá delegar la facultad de resolución en el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Ejecutoriada que sea la resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de indemnización por un monto distinto del solicitado, la parte tendrá el plazo de 10 días hábiles para manifestar por escrito su aceptación, transcurridos los cuales sin haberse pronunciado, se entenderá rechazada por el interesado la resolución del Servicio.

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá reducirse a escritura pública firmada por el director del Servicio o el funcionario en quien delegue esta precisa función y la parte solicitante, la que deberá renunciar a todas las

BOLETÍN DE INDICACIONES

acciones judiciales correspondientes. Dicha escritura tendrá carácter de transacción para todos los efectos legales.”.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO 2º

- 102) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para suprimir, en el artículo segundo, la palabra “real”, y para agregar, entre la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Real”.
- 103) De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente oración final: “y, en todo caso, deberá ser capaz de cubrir las Garantías Explícitas que se contemplen en el respectivo decreto”.

o o o

- 104) De Su Excelencia el señor Presidente de la República, para agregar el siguiente artículo transitorio, nuevo:

“... .- Las normas sobre mediación establecidas en el Título III, Párrafo II, “De la Mediación”, entrarán en vigencia el 1º de enero de 2006.”.

o o o

- - -

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2.5. Segundo informe Comisión de Salud

Senado, 21 de julio de 2004. Cuenta en Sesión 17, Legislatura 351

SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece el Régimen de Garantías en Salud.

BOLETÍN N° 2.947-11.**HONORABLE SENADO:**

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de emitir su segundo informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en Mensaje del Presidente de la República, con urgencia calificada de "suma".

A las sesiones en que se estudió este asunto asistieron el Ministro de Salud, don Pedro García Aspillaga; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, don Andrés Romero Celedón, y los abogados asesores del mismo Departamento don Tomás Jordán Díaz y don Sebastián Pavlovic Jeldres.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Política Económica, don Marcelo Tokman Ramos; la asesora, señora Consuelo Espinosa Marty; la abogada de la Dirección de Presupuestos, señora Patricia Orellana Flores, y el Jefe de Departamento de dicha Dirección, señor Carlos Pardo Bello.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por el Secretario Ejecutivo, don Hernán Sandoval Orellana, y por el asesor jurídico, don Gianpiero Fava Cohen.

En representación del Consejo del Defensa del Estado concurrió la abogada señora María Teresa Muñoz Ortúzar.

Asistieron en representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional el Superintendente, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal, don Ulises Nancuante Almonacid, y el Jefe del Departamento de Estudios de la misma entidad, don Alberto Muñoz Vergara.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurren el Presidente, don Hernán Doren Lois; el Director Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y el Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

En representación del Colegio Médico asistieron el Presidente del Departamento de Políticas en Salud, doctor David Villena Pedrero, y los asesores jurídicos señora Jessica Navarro Kobrinsky y señor Juan Carlos Bello Pizarro.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán, concurre don Nicolás Figari Vial y, por el Instituto Libertad y Desarrollo, lo hizo don Sebastián Soto Velasco.

- - - - -

El Senado ha resuelto que este proyecto pase a la Comisión de Hacienda en el trámite reglamentario de segundo informe, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, que ordena que dicha Comisión informe en lo relativo a la incidencia de algunas disposiciones del proyecto en materias presupuestaria y financiera.

Se encuentran en el caso previsto en la disposición legal citada las siguientes normas de la iniciativa en informe: los artículos 1° a 10, 12 a 19, 22, 31 y 32; del artículo 34, los números 1, 2, 4, 5 y 6; del artículo 35, el inciso segundo del artículo 42 B, contenido en el número 4; el artículo 36; el Título III, y los artículos Primero, Segundo y Cuarto transitorios.

- - - - -

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de lo siguiente:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: 6°, 8°, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 26, 27, 28, 30, 32, 35, 36 y 3° transitorio.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 10, 17, 22, 26, 27, 29, 31, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 69, 71, 72, 74, 79, 83, 86, 89, 92 y 102.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: 8, 9, 11, 32, 34, 35, 36, 38, 41, 45, 53, 54, 60, 64, 70, 77, 84, 87, 90, 96, 97, 100, 103 y 104.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

IV.- Indicaciones rechazadas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 28, 33, 47, 51, 65, 66, 67, 68, 94, 98 y 99.

V.- Indicaciones retiradas: 7, 12, 15, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 37, 42, 43, 78, 85, párrafos ii e iii, 88, 91, 93, 95 y 101.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: 13, 14, 16, 18, 30, 46, 73, 75, 76, 80, 81, 82 y 85, párrafo i.

- - - - -

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;

b) Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley. No 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

f) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

g) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- h) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.
- i) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.
- j) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
- k) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.
- l) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- m) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- n) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- ñ) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- o) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- p) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- q) Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, Capítulo III, Párrafo 1º, sobre notificaciones.
- r) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- s) Código Sanitario, artículo 36, sobre facultades presidenciales en caso de emergencia sanitaria.
- t) Código Penal, artículo 247, violación del secreto profesional o funcionario.
- u) Decreto con fuerza de ley N° 1, de Hacienda, de 1993, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley orgánica del Consejo de Defensa del Estado.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

Artículo 1°

Dispone que las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido por el artículo 4° de la ley N° 18.469, así como de las prestaciones a que tienen derecho los afiliados al sistema privado de salud y sus beneficiarios. La norma agrega que el Régimen en comento, sumado a las acciones de salud pública, conforma el denominado "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas".

En este artículo inciden las indicaciones N°s 1 y 2.

La **indicación N° 1**, del Presidente de la República, propone su supresión.

La **indicación N° 2**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación de las palabras "Garantías Explícitas en Salud", lo siguiente: "señaladas en el inciso segundo del artículo 3° de esta ley,".

Al fundamentar la indicación N° 1, el señor Ministro de Salud explicó que el artículo primero es innecesario, ya que los mismos conceptos están contenidos en la ley N° 19.937, que establece un nuevo concepto de la autoridad sanitaria y, además, se reproducen con mayor claridad en la redacción propuesta por el Ejecutivo para el artículo segundo. Agregó que, de esta forma, se evitarán confusiones y se precisarán los términos del proyecto.

Sobre el particular, el Honorable Senador señor Viera-Gallo indicó que el artículo segundo no recoge la idea de que las Garantías Explícitas son parte del Régimen de Garantía en Salud, que es la condición que determina que ellas se otorguen tanto a los usuarios del sistema público como a los del privado.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, reiteró que se pretende evitar confusiones derivadas de la repetición de conceptos, ya que la recientemente aprobada ley N° 19.937 señala como función del Ministerio de Salud la de formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas y agrega que éste "incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En atención a lo anterior, el Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que, dado el alto interés que este proyecto de ley despierta en la ciudadanía, parece conveniente explicitar en su normativa elementos tan importantes como que las Garantías Explícitas se otorgan a los usuarios de ambos sistemas de salud y definir con claridad los diversos conceptos incluidos en sus disposiciones.

Considerando lo expuesto por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, el resto de la Comisión coincidió en la necesidad de precisar nociones tales como "Régimen de Prestaciones en Salud", "Régimen General de Garantías en Salud" y "Garantías Explícitas en Salud", y de sistematizarlas adecuadamente, concordándolas con el concepto de "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas".

Al efecto, cabe recordar que el "Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas", conforme a la ley N° 19.937, es el más comprensivo de los conceptos previamente mencionados e incluye tres elementos:

- las Acciones de Salud Pública;
- las prestaciones otorgadas por la ley N° 18.933, y
- las prestaciones otorgadas por la ley N° 18.469.

Estas últimas, constituyen el "Régimen de Prestaciones en Salud", establecido por el artículo 4° de la ley N° 18.469.

El "Régimen General de Garantías en Salud", que el proyecto de ley en informe pretende establecer, forma parte del "Régimen de Prestaciones en Salud" y contempla garantías de dos tipos: las explícitas y aquellas que no lo son.

Las "Garantías Explícitas en Salud" permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad, se caracterizan por ser las mismas para los beneficiarios de los sistemas público (FONASA) y privado (ISAPRES) y por constituir derechos para los beneficiarios de ambos sistemas.

Con el fin de plasmar las ideas previamente reseñadas, precisar el sentido del proyecto de ley en informe y precaver confusiones, la Comisión acordó el rechazo de las indicaciones N°s 1 y 2, y dio una nueva redacción al artículo 1°, que define el Régimen General de Garantías en Salud:

"Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley Nº 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley Nº 18.469."

Cabe señalar que la nueva redacción del artículo 2º aborda el tema de las Garantías Explícitas, recogiendo la inquietud planteada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

- Las indicaciones Nºs 1 y 2 fueron rechazadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide. Con idéntica votación fue aprobada la nueva redacción del artículo 1º.

- - - - -

En vista de las definiciones adoptadas en el artículo 1º, la comisión acordó, para guardar la debida correspondencia y armonía entre las disposiciones del proyecto, emplear la expresión "Régimen General de Garantías en Salud", cada vez que resulte pertinente.

- Acordado en forma unánime, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores, Boeninger y Ruiz-Esquide.

- - - - -

Artículo 2º

Consagra al Régimen de Garantías en Salud como un instrumento de regulación sanitaria, de carácter general y obligatorio, que será elaborado por el Ministerio de Salud en conformidad con el Plan Nacional de Salud y con los recursos disponibles.

En este artículo recae la **indicación Nº 3**, formulada por el Presidente de la República para reemplazarlo por el que se indica a continuación:

"Artículo- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión, en concordancia con los planteamientos antes expuestos y con lo acordado respecto del artículo anterior, rechazó la indicación N° 3 y acordó dar un nuevo contenido al artículo 2º, relativo a las Garantías Explícitas en Salud.

El primer inciso señala que el Régimen General de Garantías incluirá dichas Garantías Explícitas en Salud, precisando que éstas permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad en el decreto correspondiente. Agrega que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional tendrán la obligación de asegurar las garantías explícitas a sus respectivos beneficiarios.

El inciso segundo reconoce a las Garantías Explícitas en Salud su carácter de fuente de derechos para los beneficiarios, precisando que su cumplimiento podrá ser exigido ante los aseguradores –el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional-, la Superintendencia de Salud y las demás instancias pertinentes.

Enseguida, el inciso tercero consagra la igualdad de las garantías explícitas a las que se refiere el artículo, respecto de los beneficiarios de los sistemas público y privado de salud. Precisando que, sin perjuicio de lo anterior, las garantías explícitas podrán ser distintas para una misma prestación, de acuerdo a criterios generales como, por ejemplo, enfermedad, sexo, grupo etario u otras variables objetivas pertinentes.

Cabe señalar que, al debatirse este inciso, se discutió el alcance del concepto “variables objetivas pertinentes”. En efecto, la Honorable Senadora señora Matthei manifestó su preocupación frente a eventuales conflictos de interpretación derivados de la holgura e indefinición del término y planteó la necesidad de acotarlo.

El señor Ministro de Salud explicó que dichas variables dicen relación con situaciones diversas, de difícil tipificación, tales como la depresión en mujeres con hijos menores de diez años, el avance de la enfermedad, la concurrencia de conductas de riesgo, el tratamiento del alcoholismo en grupos vulnerables, entre otras. Agregó que, por esta razón, se optó por establecer un criterio general, que deberá ser aplicado en cada caso por la autoridad, con la participación del Consejo Consultivo.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger señaló que la norma central del inciso tercero es la igualdad en las prestaciones para los usuarios de los sistemas público y privado, que sólo podrá ser alterada sobre la base de criterios generales. Agregó que la norma aporta algunos ejemplos y, sin embargo, mantiene la referencia a las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"variables objetivas pertinentes", porque dichos ejemplos no agotan las posibilidades y porque es necesario contar con un concepto general que, junto con limitar la discrecionalidad de la autoridad, le conceda la flexibilidad necesaria para enfrentar los ingentes cambios que previsiblemente resultarán de la reforma.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la participación del Consejo Consultivo disipaba sus aprensiones iniciales.

Finalmente, el inciso cuarto obliga a las Instituciones de Salud Previsional a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley (que pasó a ser 31).

Cabe recordar que la cobertura financiera mínima para la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud se fijará en el mismo decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud y regirá durante el mismo período que las referidas Garantías Explícitas.

- En consecuencia, la indicación N° 3 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esqvide. Con la misma votación fue aprobada la nueva redacción del artículo 2º, adecuando la referencia interna que él contiene.

Artículo 3º

Entrega al Régimen de Garantías en Salud la determinación de las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud estará obligado a cubrir a sus respectivos beneficiarios, en la modalidad de atención institucional, conforme con la ley N° 18.469.

El inciso segundo agrega que, sin perjuicio de lo anterior y conforme a las prioridades sanitarias, criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, las que deberán asegurar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. El inciso concluye señalando que el conjunto de Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso tercero precisa que las Garantías Explícitas podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y que serán las mismas para los afiliados a los sistemas público y privado. Agrega que las Garantías Explícitas son un derecho para los beneficiarios y que su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias pertinentes.

El inciso cuarto entrega al Ministerio de Salud la dictación de las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Finalmente, el inciso quinto indica que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional también tendrán la obligación de otorgar las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley, y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo con la ley N° 18.933.

Cabe señalar que la Comisión, en concordancia con las decisiones adoptadas respecto de los artículos 1° y 2° y fundándose asimismo en la necesidad de precisar los conceptos básicos del proyecto, aprobó la siguiente nueva redacción para el inciso primero del artículo 3°:

"Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. "

- Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

Considerando el acuerdo adoptado respecto de esta disposición y de los artículos anteriores, analizaremos las indicaciones N°s 4 al 10, formuladas a este artículo.

La **indicación N° 4**, de los Honorables Senadores señor Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir el inciso primero por el siguiente:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de atención institucional, deberán cubrir a sus respectivos beneficiarios, conforme en las leyes N°s. 18.933 y 18.469.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que esta indicación innova al incluir a los beneficiarios del sistema privado de salud, ya que actualmente el precepto sólo alude al Fondo Nacional de Salud.

El señor Ministro de Salud hizo presente que el Régimen de Garantías en Salud, que es el marco, incluye la totalidad de las enfermedades o condiciones de salud y las prestaciones correspondientes para el sistema público de salud. Agregó que la indicación extiende el alcance de este inciso al sistema privado de salud, lo que no se ajusta con el espíritu del presente proyecto, en el cual sólo las Garantías Explícitas del Régimen, a las que alude el inciso segundo, son obligatorias para ambos sistemas, público y privado.

Agregó que este fue uno de los elementos esenciales de la discusión sostenida con ocasión del primer informe evacuado por la Comisión de Salud del Senado, en la que se perfiló la distinción entre prestaciones vinculadas al AUGE y las que no lo están. Añadió que el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas es el marco general, en que se inscribe el Régimen de Garantías en Salud y en el cual se distinguen garantías de dos tipos, las explícitas –que constituyen el AUGE- y las que no lo son.

En atención a la explicación previa y en concordancia con la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º, la Comisión acordó el rechazo de esta indicación.

- La indicación N° 4 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 5**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar, en el inciso segundo, lo siguiente: “Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala,”.

-Considerando la nueva redacción acordada para el artículo 3º, esta indicación fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 6**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la oración "El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá" por la siguiente: "Asimismo, las prioridades sanitarias contribuirán".

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación Nº 6 reemplaza la referencia al conjunto de Garantías Explícitas, como elemento que contribuye a la determinación de la Prima Universal, por otra a las prioridades sanitarias. Agregó que las indicaciones Nºs 44 y 45 abordan el tema precisando, respectivamente, que las garantías explícitas en salud deberán ajustarse al valor de la Prima Universal y que su costo promedio no puede superar el valor de dicha Prima.

Considerando la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º y el hecho que la Prima Universal será abordado al tratar las referidas indicaciones Nºs 44 y 45, la Comisión acordó rechazar esta proposición.

- La indicación Nº 6 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

La **indicación Nº 7**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la oración final del inciso segundo del artículo 3º, que dispone: "El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley", por la siguiente: "A partir exclusivamente de dichas Garantías Explícitas se determinará la Prima Universal de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 de esta ley. En todo caso, los gastos esperados por el otorgamiento de dichas garantías no podrán ser superiores al valor de la referida prima."

La Honorable Senadora señora Matthei fundó su indicación señalando que ésta busca crear una relación de correspondencia biunívoca entre el costo de las enfermedades y la prima, de modo que esta última alcance para cubrir con la mayor exactitud posible el costo de las primeras. Por esta razón, agregó, exigir que el conjunto de Garantías Explícitas contribuya a la determinación de la Prima es ineficaz, ya que dicho conjunto no debe "contribuir" sino que debe corresponder al valor de la prima.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina señaló que el verbo "contribuir" no es el adecuado, si no concurren otros factores diferentes al costo del conjunto de Garantías Explícitas que deban considerarse para determinar la Prima Universal.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El señor Ministro de Salud reiteró que las indicaciones N°s 44 y 45 tocan la materia, proponiendo precisar que las Garantías Explícitas en salud deberán ajustarse al valor de la Prima Universal y que su costo promedio no podrá superar el valor de esa Prima. Con respecto a la indicación en análisis expresó que, siguiendo la misma lógica planteada por sus autores, lo adecuado sería señalar que los gastos esperados por el otorgamiento de las Garantías Explícitas no podrán ser distintos al valor de la Prima.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide recordó que, en relación con esta materia, tuvo lugar un extenso debate durante el trámite reglamentario de la discusión en general, en el cual se concordó que que la prioridad sanitaria sería el eje central y que la Prima Universal no puede superar el presupuesto asignado por Hacienda.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina optaron por retirar la indicación N° 7, de su autoría, e hicieron presente que abordarían el tema nuevamente al analizar las indicaciones que recaen en el artículo 12.

- En consecuencia, la indicación N° 7 fue retirada por sus autores.

La **indicación N° 8**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone agregar, al final del inciso cuarto, lo siguiente: "Dichas normas serán dadas a conocer oportunamente a estos beneficiarios."

Cabe señalar que la redacción del nuevo artículo 3° coincide con los términos del inciso cuarto del artículo 3° original.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la redacción propuesta por la indicación podría dar lugar a que se interprete como que debe informarse a cada beneficiario, con los costos asociados.

Con el fin de evitar una interpretación errada, pero coincidiendo con el fondo de la indicación del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la Comisión acordó recoger esta indicación como parte integrante de la nueva redacción del artículo 3°, incluyéndola como parte final de su inciso primero, en los siguientes términos: "Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento."

- La indicación N° 8 fue aprobada, con la modificación reseñada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 9**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar, en su inciso cuarto, la siguiente frase final: "Estas prestaciones no podrán verse reducidas ni condicionadas por las modificaciones que se produzcan respecto de aquéllas de carácter prioritario a que hace referencia el inciso segundo."

El Honorable Senador señor Viera-Gallo fundó su indicación en la necesidad de evitar que el cumplimiento de las "prestaciones AUGE", a las que se refiere el inciso segundo, impliquen un perjuicio a las prestaciones que correspondan a los beneficiarios del sistema público de salud que no cuentan con garantías explícitas.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide hizo presente que, frente a las críticas, se ha sustentado la tesis de que el AUGE no significará un detrimento para las prestaciones no AUGE. Agregó que, aun cuando no sea técnicamente necesario incorporar una norma como la que se propone, su inclusión se justifica por el hecho de tratarse de un tema conflictivo que conviene precisar a cabalidad.

El señor Ministro de Salud manifestó que, aun cuando la indicación coincide con el espíritu que anima a este proyecto, el Ejecutivo no se encuentra en condiciones de garantizar el cumplimiento de una disposición asociada a gastos.

La Honorable Senadora señora Matthei coincidió con los Senadores autores de la indicación, en el propósito de que impedir que las prestaciones no AUGE se vean perjudicadas por las garantizadas explícitamente.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Boeninger, quien hizo presente que la orientación de la indicación es adecuada, toda vez que se pretende evitar que se recurra a los fondos destinados a financiar el Plan AUGE para financiar prestaciones que no cuentan con garantías explícitas.

Por otra parte, el Honorable Senador señor Espina manifestó que la decisión respecto al conjunto de enfermedades o condiciones de salud que gozarán de Garantías Explícitas se adopta por consideraciones de política sanitaria y que ella no puede traducirse en un detrimento en las prestaciones no garantizadas. Agregó que, sin perjuicio de lo anterior, resulta peligroso acoger una indicación como la propuesta ya que implica restar flexibilidad a la autoridad sanitaria, que la necesita para adecuarse a una realidad cambiante.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que existe amplia coincidencia en que el financiamiento del AUGE debe estar

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

disponible sin medrar los recursos que financian las restantes prestaciones. Agregó que, como lo planteara al iniciarse la discusión del presente proyecto de ley, la mejor forma de lograr este objetivo es formular presupuestos diferenciados para el financiamiento de las prestaciones AUGE y las que no lo son.

El señor Ministro de Salud explicó que las prioridades las determinará la autoridad, que actuará –respecto del AUGE- con la asesoría del Consejo Consultivo y sometida al escrutinio de la opinión pública. Añadió que la indicación da cuenta de las buenas intenciones de sus proponentes pero se funda en un supuesto que no se concilia cabalmente con la realidad y limita seriamente la flexibilidad en el actuar de la autoridad sanitaria. Propuso, en consecuencia, una redacción alternativa para la disposición que propone la indicación

El Honorable Senador señor Viera-Gallo contra argumentó a favor de su indicación señalando que la misma incorpora una norma programática, que se limita a enunciar orientaciones generales, sin que sea factible reclamar compulsivamente su cumplimiento.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó que se trata de un tema fundamental: la aceptación social del AUGE pasa por que éste no perjudique lo ya existente.

- Considerando la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º acordada por la Comisión, esta indicación quedó aprobada con modificaciones, como inciso segundo del artículo 3º. Votaron a favor los Honorables senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 10**, del Presidente de la República, incide en el inciso final del artículo 3º y propone reemplazar la palabra "otorgar", la primera vez que aparece mencionada, por la frase: "asegurar el otorgamiento de".

Esta proposición fue recogida por la Comisión en el inciso final de la nueva redacción que se dio al artículo 2º.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

Artículo 4º

Mediante cuatro literales, el artículo 4º define las Garantías Explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Letra b)

Define la Garantía Explícita de Calidad como el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la ley Nº 19.937.

En este literal recae la **indicación Nº 11**, del Presidente de la República, que propone agregar, a continuación de la expresión "ley Nº 19.937" la frase: ", en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente".

El señor Ministro de Salud explicó que todos los médicos, en conformidad con las normas contempladas en la ley sobre autoridad sanitaria, deben registrarse. Agregó que el decreto que señala el conjunto de patologías y condiciones de salud explícitamente garantizadas será el encargado de precisar y definir el tipo de acreditación necesaria. En consecuencia, la frase que se agrega persigue otorgar rango legal a la remisión a dicho reglamento, de modo tal que no pueda desestimarse su aplicación por existir una norma de rango superior, la ley de autoridad sanitaria, que sólo exige que se trate de un prestador de salud registrado.

La Comisión acordó acoger la indicación, reemplazando la referencia al "decreto correspondiente" por otra al "decreto a que se refiere el artículo 11".

- La indicación fue aprobada, con la modificación reseñada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

- - - - -

A raíz de lo anterior, la Comisión decidió introducir una corrección similar al final de la letra a) y en la letra c) del artículo 4º, para hacer igualmente explícita la referencia al decreto del artículo 11 de esta ley, en lugar de aludir solamente al "decreto correspondiente". Además, adecuó la referencia interna contenida en el encabezamiento, a los cambios introducidos en los artículos precedentes.

- Acordado con la misma votación que le enmienda anterior.

- - - - -

Letra d)

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Define la Garantía Explícita de Protección Financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, que corresponderá al 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

El inciso segundo del mismo literal dispone que, no obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de las personas clasificadas en los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Cabe recordar que el artículo 29 de la ley N° 18.469, para efectos del financiamiento del Régimen de Prestaciones de Salud, clasifica a las personas, según su nivel de ingreso, en cuatro grupos: A, B, C y D.

En la letra d) inciden las indicaciones N°s 12, 13, 14, 15 y 16.

La **indicación N° 12**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar su inciso primero por el siguiente:

“d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La proposición en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de la prestación o grupo de prestaciones de salud, la que deberá ser de un 80% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.”.

La Honorable Senadora señora Matthei fundamentó su indicación señalando que ella traslada el eje de la definición, desde el afiliado a los aseguradores, por el hecho de que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional son las entidades llamadas a otorgar la protección financiera, que alcanza al 80%, correspondiéndole al afiliado el copago del 20% restante. Agregó que la modificación que se propone contribuye a determinar en forma más precisa el arancel de referencia, cuya definición resulta esencial para el buen funcionamiento del sistema.

El señor Ministro de Salud explicó que el Ejecutivo no desea innovar en la materia y que no es matemáticamente lo mismo que el afiliado contribuya con un copago del 20% del arancel de referencia o que deba cubrir el 20% del precio real de la prestación, que puede ser diferente del arancel de referencia cubierto por el asegurador.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que la única forma en que el 80% y el 20% de cargo de una y otra parte sume efectivamente el 100% del valor de la prestación es fiando el arancel de referencia en forma rigurosa.

El Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman, hizo presente que el punto trasciende los intentos por que el arancel de referencia refleje mejor el costo de mercado, ya que, como su nombre lo indica, se trata de una mera referencia. Reiteró que este arancel no implica que el costo asignado a una prestación determinada sea idéntico al costo final, pues se contrasta un promedio de costo con la realidad. Agregó que, de esta forma, se incentiva a los aseguradores a buscar prestadores de salud que cobren de acuerdo con el arancel.

Con el fin de alcanzar una solución al problema planteado se acordó ligar la fijación del arancel con el decreto que fija las Garantías Explícitas, haciendo igualmente aplicables las reglas contenidas en los artículos 11 a 19 del proyecto en informe; para este fin, se convino en incorporar un párrafo tercero, nuevo, en el literal d), del siguiente tenor:

"El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3º del presente Título."

- Como consecuencia del acuerdo previamente consignado, los autores de la indicación optaron por su retiro.

- La inclusión de un párrafo tercero, nuevo, en el literal d), fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Las indicaciones N°s 13 y 14, fueron formuladas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 13** propone intercalar, en el inciso primero del literal d), después de las palabras "deberá ser" lo siguiente: "para los pertenecientes al grupo C un 5% y para los del grupo D un 10% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen".

La **indicación N° 14**, propone agregar, al final del inciso primero del literal d), lo siguiente: "En el caso del grupo C corresponderá a un 10%."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Ambas fueron declaradas inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La **indicación Nº 15**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso, nuevo:

“La diferencia de cargo del afiliado o beneficiario se denominará copago”.

- Fue retirada por sus autores.

La **indicación Nº 16**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del inciso segundo, un inciso, nuevo, que exime del copago a las siguientes personas: los trabajadores afiliados al Sistema Público de Salud que perciban el sueldo mínimo, y sus cargas; los cesantes que reciban subsidio de cesantía y sus cargas, mientras mantengan su situación; los jubilados, con ingresos hasta 3 sueldos mínimos, y sus cargas; los trabajadores del Sistema Público de Salud, activos y pasivos y sus cargas, que coticen para el Sistema Público de Salud. Además incluye la totalidad de las atenciones de programas especiales del Ministerio de Salud, que hasta ahora se entregan gratuitamente, y todas las prestaciones de atención primaria.

El Presidente de la Comisión declaró la inadmisibilidad de esta proposición, por incidir en materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, conforme al artículo 62 de la Constitución Política de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, el Ejecutivo destacó que la mayor parte de estas situaciones se encuentran recogidas por el proyecto, con excepción de los jubilados con ingresos de hasta 3 sueldos mínimos y sus cargas.

- Fue declarada inadmisibile.

Artículo 5º

Dispone que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4º de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tengan derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En este artículo incide la **indicación N° 17**, del Presidente de la República, la que tiene como objetivo agregar a continuación de la palabra "adicional", la frase: "de cargo de dichos organismos según corresponda".

El señor Ministro de Salud explicó que esta proposición es de carácter formal, pues se limita a introducir una precisión gramatical.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

Artículo 7°

Dispone que el monto del deducible en el caso de los afiliados al sistema privado de salud, y de los pertenecientes al Grupo D del artículo 29 de la ley N° 18.469, equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. Este monto disminuye a 21 cotizaciones mensuales por evento, tratándose de los afiliados pertenecientes al Grupo C.

El inciso segundo indica el monto del deducible, en caso de pluralidad de eventos en un período de doce meses, contados desde que se encuentre devengado el primer copago del primer evento. Al efecto señala que, tratándose de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y de quienes pertenezcan al Grupo D de la ley N° 18.469, el deducible alcanzará a 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda y, para los afiliados pertenecientes al Grupo C, será de 31 cotizaciones mensuales.

El inciso tercero establece la forma de determinar la cotización que sirve como base de cálculo para el deducible y, al efecto, señala que se definirá conforme al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral. El promedio se calculará considerando desde la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento; si en dicho período las cotizaciones fueran menos de seis, se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

Finalmente, el inciso cuarto, dispone que, para calcular el deducible en el caso de cotización pactada, se usará como base de cálculo la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 18 a 29.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 18**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide, propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

“Para los afiliados pertenecientes al grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.466, el deducible equivaldrá a 1,5 sueldos mensuales legales pactados según corresponda, independiente de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados al grupo C de la referida ley; el deducible equivaldrá a un sueldo mensual legal o pactado independiente del número de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.”.

La indicación innova respecto del texto del proyecto en tres aspectos: elimina la referencia a los afiliados al sistema privado de salud; modifica el monto del deducible y reemplaza las cotizaciones mensuales por sueldos mensuales, y fija el deducible con independencia del número de siniestros.

- Fue declarada inadmisibile por incidir en materias cuya iniciativa se reserva en forma privativa al Presidente de la República, conforme al artículo 62 de la Constitución Política de la República.

Las **indicaciones N°s 19, 20 y 21** inciden en el inciso primero del artículo 7° y fueron formuladas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

La primera propone intercalar en el inciso primero, a continuación de la palabra “Previsional” las expresiones “y sus beneficiarios,”; la segunda intercalar, a continuación de la expresión “ley N° 18.469,” las palabras “y sus cargas legales,”, y la última busca reemplazar la frase “que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.” por lo siguiente: “que le ocurra a él, a sus cargas legales o a los beneficiarios que de él dependan, según corresponda.”.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que la propuesta formulada conjuntamente con el Honorable Senador señor Espina pretende incorporar a las cargas y beneficiarios de los afiliados entre los favorecidos con la cobertura financiera adicional, a que se refiere el Párrafo 2°, en el cual se incluye este artículo 7°.

El señor Ministro de Salud precisó que la modificación resulta redundante, toda vez que la normativa vigente, tanto para el Fondo Nacional de Salud como para las Instituciones de Salud Previsional, dispone que la referencia al afiliado implique la inclusión de sus cargas.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Los autores de las indicaciones N°s 19, 20 y 21, considerando la explicación previamente consignada, decidieron su retiro.

La **indicación N° 22**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso primero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): "en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento."

El señor Ministro de Salud explicó que el límite al monto del deducible intenta impedir que personas con ingresos superiores a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual –que corresponden al grupo D del artículo 29 de la ley N° 18.469- deban pagar montos demasiado elevados.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

Las **indicaciones N°s 23 y 24**, fueron formuladas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para eliminar los incisos segundo y tercero del artículo 7º, respectivamente.

-Fueron retiradas por su autor.

La **indicación N° 25**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso tercero, la oración "en caso de que la cotización base sea la legal", por la siguiente: "en caso de que la cotización corresponda a un porcentaje de la renta".

Sobre el particular, el Fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, don Ulises Nancuante, explicó que la cotización sólo puede fijarse en pesos, en unidades de fomento o por ley que la determine como un porcentaje de la renta, mismo que hoy alcanza al 7%⁴. Agregó que, desde un punto de vista jurídico, la ley no habilita para pactar como cotización un porcentaje de la renta.

Considerando la precisión anterior, los autores de la indicación N° 25 optaron por retirar su proposición.

- Fue retirada por sus autores.

La **indicación N° 26**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso tercero, a

⁴ Artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

continuación de la oración "o pagada en el mes inmediatamente anterior al inicio del evento", lo siguiente: ", o del primer evento, según corresponda".

- Fue aprobada con el voto de la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N° 27**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso tercero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): "en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento."

El representante del Ejecutivo explicó que el objetivo de esta proposición es limitar el monto del deducible, con el fin de no perjudicar a los beneficiarios de rentas superiores.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N° 28**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone eliminar el inciso cuarto.

La Comisión estimó que el inciso cuarto, cuya eliminación se propone, es de carácter esencial y optó por el rechazo de la presente indicación.

- Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N° 29**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso cuarto, la frase inicial "En el caso de la cotización pactada" por la siguiente: "En el caso de que la cotización corresponda a un monto pactado".

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

Artículo 9º

El inciso primero dispone que la acumulación del deducible se efectúe en un período máximo de doce meses, computándose desde que el beneficiario registre un primer copago devengado. Agrega que, en el evento de no completarse el deducible dentro del mismo plazo, no se acumularán los copagos para el período siguiente, debiendo reiniciarse el cómputo del deducible por otros doce meses.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso segundo precisa que, para el efecto de computar el deducible, no se contabilizarán los copagos originados en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

El inciso tercero aborda la situación en que el beneficiario sea hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional, como consecuencia de una urgencia vital o de una situación que dé lugar a una secuela funcional grave y precise hospitalización inmediata e impostergable. Sobre el particular, la norma estipula que los copagos devengados en dicho establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

El inciso cuarto impone al beneficiario la obligación de dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

El inciso quinto faculta al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional para trasladar al paciente que no se encuentre médicamente impedido, a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud.

El inciso sexto se sitúa en la hipótesis de que, existiendo autorización médica para el traslado, el paciente o sus familiares se nieguen al mismo y, al efecto dispone que no se computarán para el cálculo del deducible los copagos devengados con posterioridad a la referida autorización.

El inciso séptimo y final concluye indicando que si el paciente decide, con posterioridad, ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado, se reanuda el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 30 a 42.

En primer término analizaremos las indicaciones N°s 30 y 31.

La **indicación N° 30**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskide, propone reemplazar el presente artículo por el siguiente:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de treinta y seis meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los treinta y seis meses no se alcanzara a completar el deducible; los copagos no se cumularán para el siguiente período; reiniciándose el cómputo del deducible por otros treinta y seis meses, y así sucesivamente.”.

- La indicación fue declarada inadmisibile, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa del Presidente de la República.

La **indicación N° 31**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “para otorgar dichas garantías” por la siguiente oración: “o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia conforme la letra c) del artículo 4°”.

Se dijo a la Comisión que la indicación busca incorporar al Fondo Nacional de Salud, originalmente omitido en esta norma.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

Las indicaciones N°s 32 a 42 inciden en la situación de una persona que sufre una condición de salud garantizada que implica urgencia vital o secuela funcional grave y que, por este hecho, debe ser hospitalizada en un establecimiento ajeno al sistema, es decir que no pertenece a la Red Asistencial o es distinto al designado por la Institución de Salud Previsional que corresponde.

En el seno de la Comisión se desarrolló un extenso debate sobre el particular, que versó sobre las siguientes materias:

a) Modo de evitar abusos consistentes en invocar una urgencia vital para ser hospitalizado en un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de los designados por las Instituciones de Salud Previsional.

La Comisión coincidió en considerar que el beneficiario hospitalizado de urgencia en un establecimiento ajeno al sistema debe quedar cubierto por las garantías explícitas, pero que, sin perjuicio de lo anterior, debe evitarse que esto constituya un incentivo perverso para invocar el sistema en establecimientos asistenciales que no correspondan.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Convino, asimismo, en que el sistema requiere de la buena fe de quienes participan en él, ya que el abuso por parte de cualquiera de los diversos partícipes en el mismo –pacientes, prestadores de salud y aseguradores– implica, a la larga, su colapso, debiendo adoptarse los resguardos necesarios para evitar eventuales abusos y desincentivarlos.

b) Necesidad de dar pronto aviso de que una persona que sufre una condición de salud garantizada que implica urgencia vital o secuela funcional grave ha sido hospitalizada en un establecimiento que no pertenece a la Red Asistencial o no es el señalado por la Institución de Salud Previsional correspondiente.

En relación con este tema, se debatió sobre el sujeto encargado de dar este aviso, el receptor del mismo y el plazo y forma de efectuarlo.

Sobre el particular, la Comisión acordó imponer la obligación al establecimiento, ya que consideró inconveniente gravar con esta carga al paciente o a su familia, por estimar que el primero no se encuentra en condiciones de hacerlo y que, para su familia, esta obligación haría aún más penoso el difícil momento que habitualmente supone la internación hospitalaria de una persona que sufre una emergencia vital o arriesga una secuela funcional grave.

Respecto del receptor del aviso, inicialmente se estimó que debían ser los aseguradores –el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional correspondiente--, ya que son los obligados al pago y, en consecuencia, los principales interesados, desde la perspectiva económica. No obstante, finalmente se optó por informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, por tratarse del organismo encargado de la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, conforme lo dispone el artículo 5º de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud, aprobada por la ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

Se optó por señalar un plazo de veinticuatro horas para dar el aviso, contado desde el ingreso del paciente. Asimismo, se estimó que la publicación del aviso en el sitio web habilitado en la red Internet por la Intendencia garantiza el pronto conocimiento del respectivo asegurador de salud.

Finalmente, se acordó que el aviso debía incluir la mención de la identidad del paciente.

c) Forma de garantizar que la regulación de la acumulación de copagos para el deducible, asociada a la hospitalización por

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

urgencia vital fuera de la Red Asistencial o en un establecimiento distinto al señalado por el asegurador, sea aplicable sólo hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

A este efecto cobra especial importancia la determinación del momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado y la definición del sujeto hábil para efectuar dicha declaración.

Sobre el punto, la Comisión estimó que el elevado costo que puede suponer la atención que brinde el establecimiento que atendió la urgencia, impone realizar el traslado tan pronto como el mismo no suponga un peligro médico para el paciente.

Para ello se optó por señalar expresamente que la protección otorgada por los incisos tercero a séptimo del artículo 9º se extiende sólo hasta el que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado y por entregar la determinación de dicho momento al médico tratante.

d) Situación de los copagos y de la acumulación del deducible en cada uno de los posibles escenarios.

A este respecto, la Comisión tuvo en cuenta que, una vez que el paciente ha sido declarado en condiciones de ser trasladado sin riesgo, puede producirse alguna de las siguientes hipótesis, a las que asoció la consecuencia que se indica en cada caso:

- el paciente puede optar por quedarse y, en ese evento, de ahí en adelante los copagos no se computarán para el cálculo del deducible;

- el paciente puede preferir trasladarse a otro establecimiento ajeno al sistema –que no forme parte de la Red Asistencial o no tenga convenio con el respectivo asegurador-, con las mismas consecuencias previstas en el caso anterior, o

- el paciente puede trasladarse a un establecimiento que forme parte del sistema, quedando desde entonces cubierto por las garantías explícitas; en este caso, si el paciente se había puesto en alguna de las dos situaciones anteriormente descritas, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

e) Resolución de controversias surgidas de discrepancias respecto a la calificación de urgencia vital o de secuela funcional

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

grave y de la circunstancia de poder efectuarse el traslado sin peligro para el paciente.

La Comisión coincidió en que uno de los conflictos más usuales se producirá entre el médico tratante y los médicos de la entidad aseguradora. Como forma de solucionar esta discrepancia, entregó la decisión respecto al traslado al médico tratante, pero facultó a los aseguradores para solicitar la intervención de la Superintendencia de Salud, que resolverá el desacuerdo conforme a las reglas procedimentales establecidas en el artículo 9º.

Con el fin de recoger las inquietudes formuladas respecto de los puntos antes señalados, la Comisión acordó aprobar como texto de los incisos tercero a séptimo del artículo 9º los siguientes:

"No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

Si el paciente a sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al asegurador requirente."

- Los incisos tercero, cuarto, quinto y séptimo del artículo 9º fueron aprobados, en los términos previamente señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El inciso sexto fue aprobado por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

Enseguida se consignan las **indicaciones N°s 32 a 42**, formuladas a los incisos tercero y siguientes del artículo 9º y la decisión adoptada por la Comisión respecto de cada una de ellas, como consecuencia de la aprobación del texto de los incisos tercero a séptimo, previamente señalados, y en concordancia con los mismos.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 32**, del Presidente de la República, propone el reemplazo del inciso tercero por otro, que innova exclusivamente en cuanto precisa que esta norma se aplica sólo respecto de la acumulación del deducible.

El representante del Ejecutivo explicó que la indicación hace más precisa la norma y expresa mejor su sentido y alcance: tratándose de hospitalización por emergencia vital en un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o que no tiene convenio con el asegurador privado, para el cómputo del deducible se acumularán los copagos devengados en dicho establecimiento, hasta el monto que se habría debido pagar en la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional correspondiente.

- Fue aprobada con modificaciones, subsumida en la nueva redacción del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 33**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar en la parte inicial del inciso tercero, a continuación de la expresión "Salud Previsional", y antes del punto seguido (.), lo siguiente: ", siempre que se encuentre imposibilitado de acceder a uno de estos".

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 34**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la parte final del inciso tercero por otra, que señala dos reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital a que se refiere el mismo inciso:

a) desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y

b) para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que mediante la indicación se dispone que la regulación asociada a la hospitalización por urgencia vital fuera de la Red Asistencial o en un establecimiento distinto al señalado por el asegurador, sea aplicable sólo hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Agregó que las Garantías Explícitas en Salud definidas por el artículo 4º permiten la ocurrencia de tres alternativas: la atención dentro de la Red Asistencial o por el prestador señalado por el asegurador; la atención fuera de la Red o con un prestador ajeno al sistema, caso en el cual se pierde la cobertura, y la situación de emergencia vital o secuela funcional grave, en la cual el paciente es hospitalizado en un establecimiento que no pertenece a la Red o que no ha sido señalado por el asegurador, y se aplican las Garantías Explícitas, pero limitadas en el tiempo, hasta el momento en que la persona hospitalizada puede ser trasladada sin riesgo.

- La indicación fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º. La decisión se adoptó por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo y el voto disidente del Honorable Senador señor Boeninger.

Enseguida, la Comisión analizó conjuntamente las indicaciones N°s 35 y 36, ambas formuladas al inciso cuarto.

La **indicación N° 35**, del Presidente de la República, propone sustituir el inciso cuarto, por otro que, manteniendo la obligación del beneficiario de dar aviso de un evento de urgencia en el término de 72 horas, cuenta este plazo desde el ingreso del mismo al establecimiento de salud y agrega que, en caso de imposibilidad, el director del prestador institucional deberá informar dicha circunstancia a la Superintendencia de Salud.

La **indicación N° 36**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso cuarto por otro, que impone al establecimiento la obligación de dar aviso a la Superintendencia de Salud del hecho de haber recibido a una persona afectada por una urgencia. Además, la indicación propone fijar un plazo de 24 horas para cumplir este deber y señala que deberá indicarse la identidad del sujeto en cuestión.

- Ambas indicaciones fueron aprobadas con modificaciones, refundidas y subsumidas en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 37**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso quinto por otro, que hace referencia a las reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital propuestas por los mismos autores mediante la indicación N° 34 --que señalan que desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y que para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento en que se efectúe esta hospitalización— estipulando que las mismas se aplicarán sólo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

hasta que el establecimiento que haya recibido al paciente determine que éste se encuentra en condiciones de ser trasladado.

Considerando que la misma idea se encuentra recogida por la indicación N° 34, anteriormente aprobada, los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina procedieron a retirar la indicación en comentario.

- Fue retirada.

La **indicación N° 38**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso sexto por otro, que se sitúa en la hipótesis de que se ha autorizado el traslado y señala las siguientes reglas al efecto.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por la mantención de éste en el establecimiento u optan por el traslado a un establecimiento que no forme parte de la Red Asistencial o sea distinto de aquél o aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán desde entonces las coberturas de Fonasa en su modalidad de libre elección o del plan complementario, según corresponda. Los copagos que se generen no se contabilizarán para el cálculo del deducible.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por el traslado de éste a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán las coberturas del Régimen y los copagos que se generen se contabilizarán para el cálculo del deducible.

- Fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 39**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, en el inciso séptimo, a continuación de la palabra "posterioridad", lo siguiente: "a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente".

Esta indicación tiene por objeto adecuar la norma a la aprobación de la indicación N° 34 de los mismos autores.

- Fue aprobada subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 40**, formulada por el Presidente de la República, para agregar, en inciso final del artículo 9º, antes de la palabra "reiniciará" las palabras "iniciará o".

- Fue aprobada, sin enmiendas, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

Enseguida, la Comisión abordó el análisis de las **indicaciones N°s 41 y 42**, cada una de las cuales propone un inciso final nuevo.

En efecto, el propuesto por la **indicación N° 41**, del Presidente de la República, otorga a la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la facultad de resolver las discrepancias que surjan respecto de la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave.

A su turno, la proposición contenida en la **indicación N° 42**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, dispone que los conflictos médicos relativos a un eventual traslado serán resueltos, en única instancia, por un perito médico que forme parte de una lista que al efecto mantenga la Superintendencia de Salud. La indicación agrega que los requisitos para inscribirse en la lista, los aranceles respectivos, el procedimiento de designación de los peritos y demás aspectos relacionados serán establecidos por la Superintendencia de Salud a través de normas de aplicación general.

La Comisión estimó que la indicación del Ejecutivo ofrece una forma más simple y clara para resolver los conflictos que surjan de discrepancias en la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave.

- En consecuencia, la indicación N° 41 fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo, y la indicación N° 42 fue retirada por sus autores.

Artículo 12

El inciso primero dispone que, al iniciarse el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso segundo define la Prima Universal como el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a la garantía explícita de protección financiera.

En este artículo inciden las indicaciones Nºs 43 a 46.

La **indicación Nº 43**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar, en el inciso primero, las palabras "al que deberá ajustarse".

- Fue retirada por sus autores.

La **indicación Nº 44**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la expresión "al que deberá ajustarse" por la siguiente frase precedida por una coma (,): "expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas garantías".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 45**, también formulada por el Presidente de la República, tiene por objetivo reemplazar el inciso segundo por los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

"Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un periodo de doce meses, superior a la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse en base a los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y las demás normas que se establecerán en un Reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda."

La Comisión, a sugerencia del Honorable Senador señor Boeninger, acordó acoger la proposición del Presidente de la República precisando que el costo esperado individual promedio, estimado para doce meses, debe ser "pertinente" y no puede ser "significativamente diferente" a la Prima Universal.

- Fue aprobada, con las modificaciones consignadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Finalmente, recae en este artículo la **indicación N° 46**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la que propone sustituir, en el inciso segundo, la frase final por la siguiente: "deducido el 20% de contribución y el 10% conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4° de esta ley."

- Fue declarada inadmisibles por el Presidente, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Artículo 14

Dispone que, teniendo en cuenta los estudios destinados a determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren los elementos señalados en el artículo 13, unidos a la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se procederá a elaborar un listado de enfermedades e intervenciones asociadas, descartándose todas las que fundadamente no signifiquen un beneficio para la sobrevida o la calidad de vida de los afectados.

La disposición agrega que también deberá estimarse el costo de incorporarlas al Régimen, conforme a la capacidad de oferta de los sectores público y privado y a la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

En esta disposición recaen las indicaciones N°s 47 y 48.

La **indicación N° 47**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone la eliminación de este artículo.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Por su parte, la **indicación N° 48**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la oración "respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan", por "prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan".

La Comisión optó por acoger esta indicación, por considerar que la misma precisa y mejora la norma en que incide.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 18

Limita los incrementos en el valor de la Prima Universal a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo recae la **indicación N° 49**, del Presidente de la República, que propone suprimir la palabra "real", y agregar, entre la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", la palabra "Real". Ella corrige un error de redacción en la denominación del Índice en cuestión.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 19

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

En este artículo incide la **indicación N° 50**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, que propone agregar, a continuación de la expresión "Garantías Explícitas del Régimen" lo siguiente: ", y que hayan sido requeridas en este carácter; de conformidad a las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 21

Alude a la composición del Consejo Consultivo señalando que será de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo consta de cinco numerales, que señalan la forma en que dichos consejeros serán nombrados.

El inciso tercero dispone que el cargo de consejero no sea remunerado, dura tres años y puede renovarse por una única vez.

El inciso cuarto señala que el Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos de acuerdo con el reglamento y permite la asistencia a sus sesiones de los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda, quienes sólo tendrán en ellas derecho a voz.

El inciso quinto dota al Consejo de una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un Secretario Ejecutivo, profesional que será designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo y a quien le corresponderá la coordinación del funcionamiento del mismo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

En este artículo inciden las indicaciones N° 51 y 52.

La **indicación N° 51**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone agregar, en el número 5 del inciso segundo, la siguiente frase final: "A lo menos uno de estos miembros deberá representar a los prestadores de salud privados."

El señor Ministro de Salud manifestó la posición del Ejecutivo señalando que el Consejo Consultivo ha sido concebido como una entidad asesora de carácter técnico, que no admite la integración de representantes de los prestadores de salud ni de ningún otro grupo de interés.

El Honorable Senador señor Boeninger solicitó se dejara **constancia** de que su voto de rechazo obedece al interés de mantener la esencia del Consejo Consultivo, a la que aludiera el señor Ministro al argumentar en contra de la indicación.

- Fue rechazada por mayoría, con el voto en contra de los Honorables Senadores señores Boeninger y Viera-Gallo y el voto favorable de la Honorable Senadora señora Matthei.

La **indicación N° 52**, del Presidente de la República, propone incorporar, en el inciso tercero, entre la expresión "Los consejeros" y la palabra "durarán", la frase: "ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud,".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 22

El inciso primero dispone que el Consejo Consultivo emita una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta de Garantías Explícitas en Salud, en el plazo que para este fin señale el reglamento respectivo.

El inciso segundo agrega que el Consejo dará su opinión en todas aquellas materias en que el Ministro solicite su parecer.

El inciso tercero establece que las modificaciones propuestas por el Consejo deberán indicar los ajustes que sea necesario efectuar para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario.

El inciso cuarto indica que, con el fin de cumplir con lo dispuesto en los incisos anteriores, los consejeros contarán con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de ello, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, mediante la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios.

El inciso quinto entrega al reglamento lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero y los plazos para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Finalmente, el inciso sexto dispone que el reglamento señale la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, mismas que deberá consignar en su informe.

En este artículo inciden las **indicaciones N°s 53 y 54**, ambas presentadas por los Honorables Senadores señores Ruiz-Eskvide y Viera-Gallo.

La primera propone incorporar la siguiente oración final al inciso cuarto: "Ajustándose a los recursos disponibles, ésta no podrá negarse a cursar dichas solicitudes."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 54** incide en el inciso quinto, relativo al reglamento que regulará el funcionamiento del Consejo Consultivo, proponiendo sustituir la oración "establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo", por la siguiente: "dictado por el Ministerio de Salud, previa proposición del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento".

El señor Ministro de Salud hizo presente el desacuerdo del Ejecutivo con esta indicación, señalando que las potestades públicas en la materia corresponden exclusivamente al Ministerio a su cargo, que el Consejo tiene un carácter netamente asesor y que carece de aquellas potestades.

La Comisión discrepó de lo anterior y dejó **constancia** de que la indicación se refiere a una mera proposición, no vinculante, que no implica conceder al Consejo Consultivo potestades públicas.

Con el fin de evitar confusiones se convino en acoger la indicación reemplazando la palabra "proposición" por "sugerencia".

- Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 23

Señala como plazo de entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud, y de sus posteriores modificaciones, el primer día del sexto mes siguiente al de la publicación del presente proyecto como ley en el Diario Oficial. La norma agrega que, sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán comenzar a regir antes de dicho plazo, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

El inciso segundo agrega que las Garantías Explícitas en Salud regirán por un término de tres años, al cabo de los cuales se entenderán prorrogadas por otros tres años, si no hubieran sido modificadas.

El inciso tercero constituye una excepción a la regla general del inciso anterior, toda vez que permite que, ante circunstancias especiales, el Presidente de la República -por decreto supremo fundado- disponga su modificación antes del plazo de tres años.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso cuarto precisa que las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º del Título I.

En este artículo incide la **indicación N° 55**, del Presidente de la República, que propone agregar, en el inciso segundo, a continuación de la expresión "por otros tres años", la expresión: "y así sucesivamente".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 24

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud respecto de sus respectivos beneficiarios. Agrega que el decreto supremo que determine las Garantías Explícitas en Salud indicará, para cada patología, el momento desde el cual los beneficiarios tendrán derecho a aquéllas.

El inciso segundo señala que, cumpliéndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar a sus respectivos beneficiarios que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

El inciso tercero concluye señalando que, para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. La misma norma agrega que dichas prestaciones sólo se otorgarán a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de que los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional puedan pactar algo distinto para el otorgamiento de estas prestaciones.

Recaen en este artículo las indicaciones N°s 56 a 61.

Las **indicaciones N°s 56 y 57**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, proponen eliminar la parte final del inciso primero que señala: "El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas." y agregar la misma frase al inicio del inciso segundo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión acogió estas proposiciones, destinadas a separar las distintas ideas contenidas en el precepto y a mejorar la inteligencia de la misma.

- Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 58**, de los mismos señores Senadores, propone eliminar del inciso segundo la expresión "Cumpliéndose las condiciones del inciso primero,".

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que ésta es consecuencia de la proposición anterior, en orden a mejorar la redacción de la norma.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 59**, del Presidente de la República, propone agregar, al final del inciso segundo, lo siguiente: "En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.".

El señor Ministro de Salud explicó que esta indicación se hace cargo de un tema que fue discutido, pero no resuelto, con ocasión del primer informe evacuado por esta Comisión y que el Ejecutivo se comprometió a abordar en la actual etapa legislativa.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 60**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del inciso segundo del artículo 24, un inciso nuevo, del siguiente tenor:

"Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria correspondiente, registrados en la Superintendencia de Salud, los cuales podrán inscribirse libremente en cualquiera red asistencial pública o privada. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”.

El representante del Ejecutivo manifestó su desacuerdo con esta proposición, debido a que la misma permite a los prestadores de salud inscribirse libremente en cualquier red asistencial, lo que resulta discordante con la regulación respectiva estatuida en la ley N° 19.937.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo contra argumentó señalando que se trata de prestadores acreditados y registrados convenientemente, por lo que sugirió que si se quiere evitar que se inscriban libremente en cualquier red asistencial bastaría con eliminar esa frase y aprobar el resto de la proposición.

El Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, hizo presente que la norma es innecesaria, ya que se encuentra consagrada por el artículo 24, inciso tercero, del proyecto, complementado por la indicación N° 61.

En atención a lo expuesto, la Comisión procedió a examinar la referida indicación N° 61.

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone sustituir, en el inciso tercero, las palabras “en la Superintendencia de Salud”, por “o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°.”.

La Comisión acordó aprobar las indicaciones N°s 60 y 61, refundidas en los siguientes términos:

“Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”.

- Las indicaciones N°s 60 y 61 fueron aprobadas, la primera con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Dispone que, para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo en casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 62 a 66.

La **indicación N° 62**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, las palabras "acceder a" por "atenderse en".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 63**, del Presidente de la República, propone modificar el inciso primero, con el fin de separar las ideas, consignando como un concepto aparte el de que deberá accederse a la red Asistencial correspondiente a través de la atención primaria, con excepción de casos de urgencia o emergencia calificados.

- La indicación N° 63 fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 64**, del Presidente de la República, también incide en el inciso primero, al que propone agregar la siguiente frase final: "y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito además por el Ministro de Hacienda".

- Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 65**, formulada por el Honorable Senador señor Arancibia, propone modificar el inciso segundo, con el fin de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

agregar una frase que define a los prestadores de salud independientes como "prestadores de salud que no se encuentren registrados, conforme lo señalado en el inciso tercero del artículo 24 de esta ley".

La Comisión acordó rechazar esta indicación y fundó su rechazo en el hecho de que todos los prestadores de salud deben encontrarse registrados o acreditados, conforme dispone el inciso tercero del artículo 24 del presente proyecto.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 66**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, intercala un inciso nuevo, a continuación del segundo, que permite a los prestadores en convenio con el Fondo Nacional de Salud otorgar prestaciones AUGE, en la Modalidad de Libre Elección pero con arancel AUGE, y sólo en establecimientos públicos de salud.

- Se rechazó con igual votación que la anterior.

La **indicación N° 67**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del artículo 27, el siguiente artículo 27 bis, nuevo:

"Artículo 27 bis.- No obstante lo dispuesto en los artículos 25 y 27 precedentes aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 que opten por atenderse en la modalidad de Libre Elección, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13, de dicha ley en las prestaciones señaladas en las Garantías Explícitas de Salud y con el arancel establecido para estas prestaciones, conservarán plenamente los derechos respecto a las Garantías Explícitas de Salud."

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 68**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del artículo 28, el siguiente artículo 28 bis, nuevo:

"Artículo 28 bis.- No obstante lo dispuesto en el artículo 28 precedente, los beneficiarios de la ley N° 18.933 podrán elegir libremente al prestador que les otorgará las prestaciones del Régimen de Garantía, siempre que dicho prestador acepte el arancel de las Garantías Explícitas de Salud."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Cabe recordar que el artículo 28 impone a los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional a quienes se haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, para acceder a los beneficios de dicho Régimen, la obligación de atenderse con alguno de los prestadores de salud que determine la Institución de Salud Previsional correspondiente.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

- - - - -

Artículo 29

Otorga a la Superintendencia de Salud la facultad de establecer los mecanismos o instrumentos que deberán implementar los aseguradores público y privados para dejar constancia -en lo relativo a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente- de, al menos, las siguientes materias: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

El inciso segundo agrega que, de la misma manera, deberá regular los mecanismos que deberán implementar los aseguradores para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad, cuando la prestación no haya sido otorgada a tiempo.

En esta disposición inciden las indicaciones N°s 69 y 70.

La **indicación N° 69**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar, en el inciso primero, la expresión "los efectos de dejar constancia", por "que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 70**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, tiene como objetivo reemplazar, en el inciso primero, las palabras "las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente", por "las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el inciso segundo del artículo 3° de esta ley".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 30 (nuevo)

La Comisión acordó, por resolución unánime de los Senadores presentes, incorporar como último artículo del Párrafo 6º, "De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", el siguiente artículo 30, nuevo:

"Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario por el plazo máximo de un mes, prorrogables si se mantuvieren las causas."

Cabe señalar que el artículo 36 del Código Sanitario dispone que, cuando una parte del territorio se viere amenazada o invadida por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeran emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, podrá el Presidente de la República, previo informe del Servicio Nacional de Salud, otorgar al Director General facultades extraordinarias para evitar la propagación del mal o enfrentar la emergencia.

- El nuevo artículo 30 fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

Artículo 31
(que pasa a ser 32)

Limita el aumento del costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud, que sea consecuencia de las modificaciones a la cobertura financiera realizadas conforme al artículo 30. Al efecto, dispone que el aumento no podrá exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o por el organismo que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En este artículo recaen las indicaciones N^{os} 71 y 72.

La **indicación N^o 71**, del Presidente de la República, propone eliminar la palabra "real", y agregar, a continuación de la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", la palabra "Nominal". Tal como en el caso de la indicación N^o 49, relativa al artículo 18, se corrige un error en la denominación del Índice en cuestión.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N^o 72**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la parte final del artículo 31, que comienza con los términos "entre el mes precedente", por lo siguiente: "entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las garantías explícitas en salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación."

La indicación incide en el plazo para medir la variación del Índice mencionado que se empleará para fijar el límite superior de crecimiento del costo esperado por beneficiario. En lugar de un mes antes de las fechas que acotan ese plazo, dispone que sean noventa días.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Artículo 33

Introduce diversas modificaciones a la ley N^o 18.469, agrupadas en seis numerales, y en él inciden las indicaciones N^{os} 73 a 87.

- - - - -

La **indicación N^o 73**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar un numeral 1, nuevo, modificando la numeración correlativa de los numerales siguientes.

El nuevo numeral propuesto por la indicación modifica el artículo 5^o, que señala quienes son los afiliados al régimen, para agregar entre ellos a los trabajadores independientes que no coticen en un régimen legal de previsión, a quienes gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza, de subsidio por incapacidad laboral o que perciban prestaciones por

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cesantía y a quienes deseen afiliarse al régimen establecido por la ley N° 18.469 como cotizantes no obligados.

La indicación fue declarada inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por incidir en materias reservadas constitucionalmente a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Sin perjuicio de la declaración precedentemente consignada, el señor Ministro de Salud manifestó la preocupación e interés del Ejecutivo por la situación de los trabajadores independientes y señaló que el punto será abordado en un proyecto de ley distinto.

- Fue declarada inadmisibles.

Número 1

El numeral 1 modifica el artículo 6° de la ley N° 18.469, que enuncia a los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, agregando a quienes gocen de una prestación de cesantía de acuerdo con la ley N° 19.728.

La **indicación N° 74**, del Presidente de la República, propone agregar, antes del punto final, lo siguiente: "y sus causantes de asignación familiar."

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 75**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación del numeral 1, uno nuevo, que incide en el artículo 7° de la ley N° 18.469.

Cabe señalar que el artículo 7°, en su inciso primero, dispone que la incorporación al Régimen se produzca en forma automática, por el hecho de que un sujeto adquiera la calidad de beneficiario del mismo.

El inciso segundo se refiere a las cotizaciones que los afiliados deberán realizar en el Fondo Nacional de Salud.

El inciso tercero impone a los beneficiarios la obligación de proporcionar, en forma fiel y oportuna, la información que le sea

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

solicitada para su identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El inciso cuarto regula las imposiciones de los cotizantes voluntarios y de los trabajadores independientes.

Las modificaciones propuestas por la indicación en comentario son las siguientes:

- El literal a) de la indicación propone intercalar un nuevo inciso tercero, que exime del pago de cotizaciones a los afiliados que reciban una pensión inferior a medio ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho y menores de sesenta y cinco años de edad. El nuevo inciso agrega: "Aquéllos que reciban una pensión desde medio hasta un ingreso mínimo mensual para dichos trabajadores, pagarán, por ese concepto, un 5% la misma."

- Mediante el literal b), la indicación propone sustituir el inciso final por el siguiente:

"Los trabajadores independientes, los imponentes voluntarios y los cotizantes no obligados estarán sujetos a la cotización indicada en el inciso segundo, aplicada sobre su renta o ingresos declarados."

- Fue declarada inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por incidir la misma en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La **indicación N° 76**, de los mismos autores, propone intercalar, a continuación del numeral 1, un numeral nuevo, que incorpora, a continuación del artículo 7º, los siguientes artículos 7º bis y 7º ter, nuevos:

"Artículo 7º bis.-Los trabajadores independientes estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo a las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número precedente se calculará en base a los ingresos que declare el interesado en el período ordinario, esto es en el mes de Junio de cada año ante el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda, para los doce meses siguientes. Los trabajadores independientes

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que inicien o reinicien actividades en un mes distinto a Mayo, deberán declarar sus ingresos en el mes siguiente, hasta el mes de junio próximo, incorporándose al período ordinario. En todo caso, el trabajador independiente podrá modificar esta declaración por una sola vez dentro del período anual correspondiente. El ingreso declarado no podrá ser inferior a un ingreso mínimo.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada por el trabajador independiente.

5.- La obligación de cotizar, del trabajador independiente, se mantendrá mientras realice una actividad que le proporcione ingresos sin estar sujeto a un empleador. Será de su responsabilidad comunicar al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva el cese en la indicada actividad, comunicación que surtirá efecto a contar del mes siguiente de aquél en que se realice.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, la ley N° 18.933 y esta ley confieren al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República retendrá de la devolución anual de impuestos a la renta que correspondiere al trabajador independiente los montos que por dicho concepto no haya enterado, total o parcialmente, conforme a los procedimientos y plazos que fije el Reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto.

Artículo 7° ter.- Las cotizaciones indicadas en el artículo anterior deberán ser declaradas y pagadas por el trabajador independiente al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, según corresponda, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos declarados anualmente para los efectos del artículo anterior, o aquél en que se autorizó la licencia médica por la entidad correspondiente, en su caso, términos que se prorrogarán hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El trabajador independiente que no pague oportunamente las cotizaciones para salud, deberá, a lo menos, declararlas en

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

el organismo correspondiente, dentro del plazo señalado en el inciso primero de este artículo.

La declaración de cotizaciones deberá contener a lo menos, el nombre, rol único tributario domicilio, actividad económica, número de cargas familiares de los afiliados independientes y el monto de los ingresos por los cuales realiza la cotización.

Si el trabajador independiente no efectúa oportunamente la declaración a que se refiere el inciso anterior, o si ésta es incompleta o errónea, será sancionado con una multa a beneficio fiscal de media Unidad de Fomento por cada declaración incompleta o errónea. Si la declaración fuere incompleta o errónea y no existen antecedentes que permitan presumir que es maliciosa, quedará exento de esa multa el afiliado independiente que pague las cotizaciones dentro del mes calendario siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos respectivos.

Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el afiliado independiente, se reajustarán entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Para cada día de atraso la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 18.010, aumentado en un veinte por ciento.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a seguir las acciones tendientes al cobro de las cotizaciones adeudadas, sus reajustes, intereses, y multas en el caso del Fondo Nacional de Salud; aun cuando el trabajador se hubiere desafiliado del Régimen. En todo caso, el Fondo Nacional de Salud podrá requerir toda la información de que disponga la Tesorería General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, respecto del trabajador independiente en cuanto a sus ingresos correspondientes al año declarado en que se registre las cotizaciones presuntamente adeudadas.

Serán aplicables todas las normas contenidas en los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° inciso tercero, 11° y 12° de la ley N° 17.322 para el cobro de las cotizaciones, reajustes e intereses adeudados al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 31, inciso 5° de la Ley N° 18.933, respecto de las Instituciones de Salud Previsional.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Los reajustes e intereses a aplicar a las cotizaciones adeudadas serán de beneficio del Fondo Nacional de Salud, o de la Institución de Salud Previsional, que esté realizando la cobranza.

En todo caso, el pago de la deuda por concepto de cotización de salud se efectuará imputando a los meses más antiguos, prefiriendo el capital para todo el periodo adeudado y pagado éste, el saldo se aplicará a reajustes, intereses y multas. Si el saldo no resultare suficiente para cubrir la totalidad de los gravámenes de un mes determinado, se abonará proporcionalmente a lo que se adeudare por cada uno de estos conceptos en dicho mes.

La prescripción que extingue las acciones para el cobro de estas cotizaciones, reajustes, intereses y multas, será de cinco años desde que se hizo exigible la obligación.

Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N° 5 del artículo 2.472 del Código Civil, conservando este privilegio por sobre los derechos de prenda y otras garantías establecidas en leyes especiales.”.

- Fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión, por regular materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

- - - - -

Número 2

El numeral 2 reemplaza el encabezado del artículo 8° de la ley N° 18.469, que señala que los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen las prestaciones que posteriormente indica, por otro que precisa que los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Enseguida el artículo 8°, en tres literales, especifica que se trata de las prestaciones médicas, preventivas y curativas, y de las odontológicas.

La **indicación N° 77**, del Presidente de la República, propone reemplazar este numeral por otro, que reemplaza el encabezado del artículo 8° y su letra a), y dispone que los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital,

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

El inciso segundo agrega que el citado examen incluye una gama de procedimientos a ser aplicados en individuos libres de síntomas propios de la enfermedad o condición de interés. Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales exista evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. Finalmente, entrega al Ministerio de Salud la determinación, entre otros, de los procedimientos, contenidos y frecuencia del examen, cuyos resultados serán manejados como dato sensible, y agrega que las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

Cabe recordar que el artículo 8° señala que los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente y agrega que dicho Régimen de Garantías deberá contener, al menos, las prestaciones que indica este precepto.

El literal a) señala las siguientes: el examen de medicina preventiva para pesquisar oportunamente la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevenga una evolución irreversible.

Los miembros de la Comisión coincidieron en que, si bien los exámenes preventivos son necesarios, pueden surgir problemas de la aplicación de esta norma, derivados de la eventual inclusión futura de exámenes muy costosos, que encarezcan el sistema de salud.

El señor Ministro de Salud recordó que la prevención se paga sola, toda vez que permite detectar problemas médicos en forma oportuna y agregó que debe tratarse de exámenes razonables y útiles, que el sistema esté en condiciones de enfrentar. Además, descartó los temores surgidos, señalando que ningún gobierno adoptará medidas que pongan en peligro o hagan colapsar el sistema.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que, dado que el sistema público funciona formando listas de espera, lo que no acontece en el sistema privado, cualquier obligación que la ley imponga en este sentido es, a la larga, sólo exigible respecto de este último. Por esta razón, la señora Senadora sugirió fijar plazos y porcentajes de cumplimiento para ambos sistemas por igual. Concluyó coincidiendo en que la prevención

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

redunda en menores costos finales y solicitó que se garantice expresamente que no se establecerán exámenes preventivos irrazonables.

La Comisión, con el fin de precisar y simplificar la norma, acordó eliminar la frase inicial del inciso segundo del literal a), que señala: "Este examen incluye una gama de procedimientos a ser aplicados en individuos libres de síntomas propios de la enfermedad o condición de interés."

Asimismo, y recogiendo la inquietud formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, convino en agregar que el Ministerio de Salud, además de definir los procedimientos, contenidos y frecuencia del examen, definirá los plazos para la práctica del mismo y fijará condiciones equivalentes para ambos sistemas de salud.

- La indicación fue acogida, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N° 78**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el encabezado del artículo 8º, a continuación de las palabras "establezca el", la frase "Reglamento de esta ley y, en el caso de prestaciones con garantías explícitas, en el".

- Fue retirada por sus autores.

Número 3

El numeral 3 efectúa dos modificaciones al artículo 11, especificadas en los literales a) y b).

El literal a) afecta al inciso primero, que establece que las prestaciones del Régimen se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependan del Ministerio, conforme con lo dispuesto por el decreto ley N° 2.763, de 1979, reemplazándolo por otro, que sustituye la referencia al "Régimen" por otra al "Régimen de Garantías en Salud", y puntualiza que las prestaciones se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.

El literal b) suprime los incisos tercero y cuarto, que entrega al Ministerio de Salud la determinación de las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones y el procedimiento de reclamo, y consagra, como regla general, la libre elección del establecimiento asistencial y del profesional de la salud.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En la letra a) del numeral 3 incide la **indicación Nº 79**, del Presidente de la República, que propone agregar, en el inciso primero, a continuación de la expresión "Servicio de Salud", la frase "y los Establecimientos de Salud de carácter experimental".

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

- - - - -

La **indicación Nº 80**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

"...- Reemplácese, en el artículo 17 bis, la expresión "trabajadores afiliados independientes" por "cotizantes no obligados"."

La **indicación Nº 81**, de los mismos señores Senadores, es para agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

"... .- Modifícase el artículo 18 del modo que sigue:

a) Intercálase, en su inciso primero, a continuación de la coma que sucede a la palabra "independientes", la siguiente oración: "que estén afectos a un Régimen Previsional, y".

b) Reemplázase, en el inciso segundo, la expresión "trabajadores independientes" por "cotizantes no obligados", y "letra b)" por "letra e)"."

La **indicación Nº 82**, de los mismos señores Senadores, propone agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

"... .- Modifícase, el artículo 21º del modo siguiente:

a) Reemplácese, en el inciso segundo, la palabra "trabajadores" por "afiliados", y la frase "al promedio de la renta mensual imponible" por "al promedio del ingreso declarado anualmente,", y

b) Sustitúyase, en el inciso tercero, las palabras "trabajadores" por "afiliados", y "afiliados" por "adscritos"."

- **Las indicaciones Nºs 80, 81 y 82 fueron declaradas inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por versar**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

sobre materias cuya iniciativa ha sido reservada al Presidente de la República por la Constitución Política.

- - - - -

Número 4

El numeral 4 incorpora cuatro incisos nuevos al artículo 27, que actualmente sólo tiene uno, que establece que el financiamiento del Régimen se efectuará con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten, sin perjuicio de los recursos asignados por ley.

El primero de los incisos propuestos faculta a la Tesorería General de la República para retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones, en cuanto no exista litigio pendiente en que se debata la existencia de la deuda, su monto o exigibilidad.

El segundo inciso agrega que, con este fin, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería, antes del 31 de marzo de cada año, la nómina de deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

El tercero señala que la Tesorería girará los recursos retenidos a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los transferirá al organismo correspondiente, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

El cuarto concluye expresando que, si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente respecto del saldo insoluto.

La **indicación N° 83**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo de aquellos que se propone agregar al artículo 27, la expresión "el cotizante" por la palabra "aquel".

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 84**, del Presidente de la República, propone agregar en el artículo 27 el siguiente inciso final, nuevo:

"Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero, se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Nacional de Estadísticas, entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice y devengará los intereses penales que establece el inciso 4° del artículo 31°.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó dudas respecto de permitir el cobro de intereses penales en este caso, porque le parece excesivo gravar aún más a personas que ni siquiera han podido solucionar la obligación principal.

El representante del Ejecutivo hizo presente que el Fondo Nacional de Salud está dotado de facultades para condonar deudas y que los préstamos que realiza el Fondo originan intereses, cuyo monto es determinado por el Ministerio de Salud mediante decreto.

La Comisión estimó que el incumplimiento debe dar origen al pago de intereses y acordó que éstos sean iguales a los que señale el decreto ministerial antes citado.

No obstante, ella resolvió homologar el plazo a considerar para el cálculo del reajuste de estas obligaciones, con aquél de noventa días establecido al votar la Indicación N° 72, que modificó el artículo 31 (que pasó a ser 32).

- Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

Número 5

El numeral 5 incide en el artículo 30, que regula el aporte estatal al financiamiento de las prestaciones médicas, y dispone que no podrá ser inferior al 75% del arancel FONASA, respecto de los grupos A y B, ni al 50%, respecto del grupo D. El inciso final del artículo 30 faculta al Director del Servicio de Salud para condonar total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, las diferencias de cargo del afiliado, en concordancia con los criterios establecidos mediante resolución del Director del Fondo Nacional de Salud. Este inciso se modifica en el sentido de sustituir la referencia al Servicio de Salud por otra al Fondo Nacional de Salud, de eliminar la alusión a los criterios previamente definidos por el Director del Fondo y de facultar al Director del FONASA para delegar esta función en los Directores de los Servicios de Salud y en los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.

La **indicación N° 85**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone el reemplazo del literal 5 por otro, que efectúa tres modificaciones al artículo 30, a saber:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

i. Intercala, entre los incisos 2° y 3°, un nuevo inciso tercero, del siguiente tenor:

“Con todo, el Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá con el 100% del financiamiento para todas las prestaciones respecto de los beneficiarios de esta ley que tengan 65 o más años de edad, independientemente del grupo de ingreso al que pertenecen. Asimismo, los beneficiarios de esta ley pertenecientes a los grupos A y B referidos en el artículo precedente, no estarán afectos a copago alguno, respecto de las prestaciones que se les otorguen en la atención primaria de salud.”.

ii. reemplaza, en el inciso final, la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

iii. sustituye, en el inciso final, la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.”.

La Comisión analizó separadamente cada una de las tres modificaciones propuestas por la indicación.

En relación con la primera, el Presidente de la Comisión procedió a declarar su inadmisibilidad, debido a que, en esta parte, la indicación incide en la administración financiera del Estado, ámbito reservado por la Constitución, en forma privativa, al Presidente de la República.

A solicitud del señor Ministro de Salud se deja **constancia** de que es la voluntad del Ejecutivo mantener los beneficios de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Agregó que, sin perjuicio de ello, no desea comprometer gastos a futuro, debido a que la prudencia aconseja mantener la mayor flexibilidad posible, que permita ajustar el sistema a cambios demográficos, epidemiológicos y otros de diversa índole que habitualmente afectan al sector.

Considerando la resolución anterior y el hecho de que el resto de la indicación es igual al texto aprobado en general, los autores de la indicación optaron por retirarlo.

- El párrafo i. fue declarado inadmisibile y el resto de la indicación fue retirado por sus autores.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El numeral 6 agrega a la ley N° 18.469 un artículo 30 bis, nuevo, que dispone que, tratándose de prestaciones que gocen de Garantías Explícitas, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que para ellas establezca el Régimen de Garantías en Salud.

La **indicación N° 86**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión. Cabe hacer notar que la indicación siguiente, del Ejecutivo, sustituye este numeral por una norma enteramente diferente, por lo que surte el mismo efecto de eliminar la incorporación del artículo nuevo.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 87**, del Presidente de la República, propone el reemplazo del numeral 6 por otro, que efectúa las siguientes modificaciones al artículo 33:

i.- En el inciso sexto, reemplaza las palabras "afiliado" y "afiliados" por "beneficiario" y "beneficiarios", respectivamente, y la frase "servicio público" por "organismo de la administración del Estado".

ii.- En el inciso séptimo, sustituye la palabra "afiliado" por "beneficiario".

El señor Ministro de Salud explicó que el inciso sexto del artículo 33 dispone que corresponderá al Fondo Nacional de Salud la determinación del ingreso mensual de los afiliados, para lo cual podrá exigirles una declaración jurada y requerir de los empleadores, entidades de previsión y de cualquier servicio público, las informaciones necesarias para este fin.

Agregó que las modificaciones propuestas obedecen a que el término "beneficiarios" incluye a los indigentes, lo que no ocurre con el concepto "afiliados" y, además, a que es preferible aludir a "organismo de la Administración del Estado" y no a "servicio público" debido a que el primer concepto es más comprehensivo, toda vez que el segundo se refiere únicamente a las entidades que integran la administración centralizada del Estado.

- La indicación N° 87 fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Número 4

El artículo 34 introduce modificaciones a la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3, del Ministerio de Salud, de 1981.

Consta de cuatro numerales y, respecto del último de ellos, se formula la **indicación N° 88**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, que propone la eliminación del artículo 42 E que el numeral 4 incorpora a la referida ley N° 18.933.

Cabe recordar que el N° 4 intercala, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, un Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°. Dicho párrafo nuevo se denomina "De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud" y contempla cinco artículos: del 42 A al 42 E.

El artículo 42 E, que la indicación propone eliminar, dispone que, sin perjuicio de la facultad de desahuciar el contrato de salud luego de transcurrido un año de vigencia, que otorga el artículo 38 de la ley N° 18.933, el afiliado podrá también desahuciarlo dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. La norma agrega que, si nada se manifiesta en el referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el citado artículo 38.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que, mediante esta indicación supresiva, se trata de evitar que la estabilidad del plan sea alterada dos veces al año.

El Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, doctor Manuel Inostroza, explicó que la ley que regula estas entidades fija un plazo de un año, dentro del cual el afiliado no puede cambiarse de asegurador; el artículo que se propone eliminar permite desahuciar el contrato excepcionalmente, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigor de las Garantías Explícitas. Concluyó señalando que esta norma protege al afiliado y es consecuencia del precio libre del AUGE.

- Los autores de la indicación, considerando la explicación dada, la retiraron.

Artículo 37

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Su inciso primero consagra la responsabilidad de los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que irroguen a particulares por falta de servicio.

El inciso segundo determina que se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, lo haga mal o tardíamente.

El inciso tercero impone al particular el deber de probar que el daño es resultante de la acción u omisión del órgano, actuando éste en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

El inciso final consagra el derecho de la Administración a repetir en contra del funcionario por cuya falta personal se ha condenado en juicio a los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria.

En este artículo recaen las indicaciones Nºs 89 al 91.

La **indicación Nº 89**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 37.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.”.

La **indicación Nº 90**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

“El particular deberá acreditar que el daño se produjo como consecuencia de la falta de servicio del órgano.”.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo ver que las disposiciones propuestas dejan meridianamente en claro que, para que nazca la obligación de indemnizar perjuicios, basta acreditar la relación de causa a efecto entre la falta de servicio y el daño sufrido.

- Ambas indicaciones fueron aprobadas refundidas, la Nº 89 sin enmiendas y la Nº 90 con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

Finalmente, la **indicación Nº 91**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar el inciso cuarto por el siguiente:

“Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa grave o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos o medios proporcionados por el servicio o que su función ha permitido, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.”.

- Fue retirada por sus autores.

- - - - -

La **indicación Nº 92**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del artículo 37, el siguiente artículo, nuevo:

“Artículo 38.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.”.

El señor Ministro de Salud explicó que esta proposición innova respecto de las reglas generales relativas a investigación sumaria y sumario administrativo, en cuanto fija un plazo de diez días dentro del cual deberá instruirse la investigación correspondiente.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

- - - - -

Artículo 38

Consagra un plazo de cuatro años para la prescripción de la acción destinada a perseguir la responsabilidad extracontractual de los

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria, término que se contará desde la acción u omisión.

La **indicación Nº 93**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone su reemplazo por otro, del siguiente tenor:

“Artículo 38.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.”.

- Fue retirada por su autor.

Artículo 39

Dispone que el monto de la indemnización del daño moral deberá ser determinado por el tribunal, teniendo en cuenta la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado, como consecuencia del daño producido y atendiendo a su edad y condiciones físicas.

El inciso segundo califica como no indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias imprevistos o inevitables, conforme al estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse tales hechos.

La **indicación Nº 94**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone sustituirlo por otro, que innova sólo en cuanto especifica el momento, el lugar y las condiciones en que acontecieron los hechos que originaron el daño, entre las consideraciones que deberán tenerse en cuenta para determinar si se trata de daños no indemnizables.

La Comisión rechazó la proposición en comentario, por estimar que la misma introduce elementos subjetivos que hacen difícil la aplicación de la norma.

- Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 95**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone incorporar la siguiente frase final al inciso segundo: “Tampoco serán indemnizables los daños en aquellos casos en que se haya dado cumplimiento a los respectivos protocolos médicos.”.

El Honorable Senador señor Espina hizo presente que esta idea se encuentra comprendida en el artículo 37 ya aprobado, debido a que los protocolos están incluidos entre las disposiciones reglamentarias que rigen la actividad médica.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue retirada por sus autores.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 40

Responsabiliza al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional por la falta de servicio o por el incumplimiento negligente de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, que sea consecuencia directa de su actuar.

El inciso segundo precisa que, si el incumplimiento deriva de la acción u omisión de los prestadores, la responsabilidad corresponderá a los mismos.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 96 y 97.

La **indicación N° 96**, del Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 40.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar, sin perjuicio de su derecho a repetir en contra de los prestadores de salud correspondiente en caso que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.”.

El Honorable Senador señor Boeninger manifestó que la redacción propuesta es más clara, porque refleja adecuadamente el principio de que en derecho público sólo se puede hacer aquello que la ley expresamente autoriza y, en derecho privado, todo aquello que no esté prohibido. La frase “según corresponda”, contenida en la formulación original, induce a confusión.

La Comisión estuvo de acuerdo en acoger la indicación, eliminando la oración final referida al derecho a repetir, pues en esos casos rigen las reglas generales y especiales ya consagradas que reconocen tal facultad.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que es necesario conservar el segundo inciso del artículo 40 aprobado en general, que acota la responsabilidad de los prestadores individuales que incumplan las Garantías Explícitas en Salud. La Comisión refrendó lo anterior.

- Se aprobó, con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 97**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene como objetivo la sustitución del presente artículo por el siguiente:

“Artículo 40.- Responderán del incumplimiento de la obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, las entidades que, según el artículo 4º, han debido otorgar dichas garantías, siempre que haya habido falta de servicio o incumplimiento negligente, según corresponda.”.

-Fue aprobada por unanimidad, con modificaciones, subsumida en la anterior, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 98**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso, nuevo:

“El cumplimiento de la normativa del sector salud que les sea aplicable, exonera de responsabilidad por falta de servicio o incumplimiento negligente al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional.”.

La Comisión advirtió que esta disposición puede abrir una brecha en el sistema que diseña el proyecto, por lo que rechazó la indicación.

- Acordado los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 99**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone intercalar, en el inciso final, a continuación del término “omisión”, la palabra “dolosa”.

La Comisión acordó el rechazo de esta indicación y fundó su decisión en el hecho de que la mayor parte de las omisiones que darán lugar a responsabilidad serán culposas, es decir causadas por negligencia, y no dolosas o causadas con la intención de infligir daño.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

La **indicación N° 100**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente Párrafo II, nuevo:

“Párrafo II
De la Mediación

Artículo 41.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los Servicios de Salud, Establecimientos de Autogestión en Red y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, para estos efectos, los “prestadores institucionales públicos”, en el ejercicio de sus funciones legales de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

La mediación es un procedimiento no adversarial, y tiene por objeto propender a que mediante una comunicación directa entre las partes, a través de un mediador, lleguen éstas a una solución extrajudicial de su controversia.

Actuará como mediador un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente.

Artículo 42.- El interesado, su representante legal o los herederos en su caso, deberán presentar su reclamo ante la Secretaría Regional Ministerial que corresponda, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan la identificación de el o los interesados y de su representante legal en caso que según las reglas generales deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador institucional público reclamado y la individualización de los prestadores individuales involucrados, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En caso que el mediador advierta que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se les deberá citar. Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 43.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes este plazo podrá ser prorrogado hasta por un máximo total de ciento veinte días.

En caso que dentro del plazo original o prorrogado, no hubiere acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, se deberá dejar debida constancia de ello por el mediador, el que actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiere lugar.

Artículo 44.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasare por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se les citará nuevamente; si fracasare esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si dentro de tercero día no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 45.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, su duración y etapas y el carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, dándose por terminada mediante un acta que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En caso que alguna se niegue, se dejará constancia de ello y las razones que justificaren dicha actitud.

Artículo 46.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal y no podrá hacerse por apoderado, salvo en caso de los prestadores institucionales públicos, los cuales comparecerán a través de su representante legal o un apoderado debidamente autorizado. Excepcionalmente, por razones fundadas y con autorización del mediador,

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

podrá designarse un apoderado, facultado expresamente para transigir. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 47.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo en caso de ser necesario. Para ello podrá efectuar las visitas que estime procedentes al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia objeto de la mediación, de costo de las partes.

Artículo 48.- El mediador, para los efectos de garantizar su imparcialidad, deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador ante el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercero día hábil. Si alguna de las partes no se conformare con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta con indicación de la razón de ello.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considerare que existen hechos que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio. El asunto deberá ser traspasado a otro mediador según lo establezca el Reglamento, o, en caso de no considerar de tal gravedad la casual, exponer la situación a las partes y si éstas nada dicen, proseguirá el procedimiento ante él; en caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 49.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas, en virtud de ello serán aplicables las normas establecidas en el artículo 13 de la ley 18.575 y sus normas complementarias.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que haya conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso que a través de informes o intervenciones hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Si de la violación de dicha reserva se derivare perjuicio para cualquiera de los participantes u otras personas relacionadas, el infractor será sancionado con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Artículo 50.- Las citaciones que este párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley Nº 19.880.

Artículo 51.- En caso de llegar a un acuerdo, se deberá levantar un acta, la que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En ella se deberá describir los términos del acuerdo, las obligaciones que asumen cada una de las partes y la expresa renuncia de la parte reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta tendrá los efectos de un contrato de transacción.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Los montos que acuerde pagar como resultado de la mediación, obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado, los que no podrán ser suplementados con aporte fiscal para este efecto.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este párrafo, se podrán pagar por los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos, deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 52.- Mediante un reglamento del Ministerio de Salud y de Hacienda, se establecerán las demás normas que permitan el funcionamiento de este sistema, la forma de designación de los mediadores y los requisitos que deberán cumplir, los procedimientos, el acceso del público a este sistema y demás asuntos relativos a la implementación y funcionamiento del mecanismo de mediación establecido en este título.”.

- - - - -

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Con ocasión del análisis de la presente indicación, la **abogada del Consejo de Defensa del Estado, señora María Teresa Muñoz Ortúzar**, expuso sobre la institución de la mediación y acerca de la posibilidad de aplicarla en el ámbito del proyecto en informe.

Sobre el particular, la señora Muñoz señaló que la mediación es una institución que ha sido analizada en su desarrollo en el derecho comparado, pues en Chile su recepción legislativa es aún incipiente, habiendo sido recientemente incorporada a la legislación que regula los conflictos de familia.

La mediación es percibida como una herramienta útil para la solución de conflictos derivados de relaciones permanentes entre las partes, tales como los problemas de familia, de vecindad y ciertos casos de conflictos laborales. Se trata, entonces, de contiendas que usualmente exceden el ámbito de lo pecuniario y en las cuales el mediador debe establecer cuál es el conflicto e instar a que sean las partes las que alcancen la solución.

Continuó señalando que la mediación, en derecho comparado, no ha sido utilizada para solucionar conflictos del tipo que hoy día nos ocupa, para los cuales se recurre a instancias administrativas, especialmente tratándose de conflictos de escasa cuantía.

La abogada señora Muñoz manifestó que, para este tipo de conflictos, la mediación no constituye la herramienta más adecuada, toda vez que el usuario de un servicio de salud que ha sufrido un perjuicio requiere una solución de carácter pecuniario, para lo cual se presta mejor el arbitraje.

Respecto de este último, agregó que tampoco se adecua completamente, ya que un sistema de arbitraje alcanza mayor éxito en los ámbitos patrimonial y comercial, en los cuales el poder de las partes no difiere sustancialmente. Además, concluyó, debe considerarse que el arbitraje constituye una labor remunerada por las partes.

Señaló que, por los motivos señalados, tampoco el arbitraje sería la mejor solución, ya que en la especie no existe una situación de igualdad entre las partes en conflicto, que son un particular y el Estado de Chile; además, el particular que usa los servicios públicos puede generalmente caracterizarse como una persona de escasos recursos, cuya desigualdad con el Estado es evidente, a lo que se suma el obstáculo que representa remunerar a estos árbitros.

Como elemento adicional de análisis, la señora Muñoz agregó que estos no son asuntos de exclusivo interés particular, sino que envuelven un interés público que precisa de soluciones generales, que

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

permitan constituir una jurisprudencia uniforme y conformar políticas públicas a partir de la forma en que se resuelven los conflictos; la uniformidad no se alcanza en un sistema de solución privada de controversias, que provee desenlaces diversos para problemas similares.

Sostuvo que la necesidad de solucionar estos conflictos en forma permanente y uniforme requiere, necesariamente, de la participación de un órgano de carácter estatal o público que a las usuales responsabilidades civil y penal agrega la responsabilidad administrativa y, eventualmente, la política de los funcionarios públicos. Agregó que para responder la crítica de que el Estado es lento y burocrático bastaría con establecer un buen procedimiento, que permitiera solucionar disputas de manera rápida y expedita.

Hizo presente que el Consejo de Defensa del Estado estima que el ideal sería establecer un sistema de agotamiento previo de la vía administrativa, antes de recurrir a la justicia ordinaria; no obstante, el Consejo considera que dicho sistema debería implementarse en forma general y no solamente para resolver los conflictos que enfrenta el usuario de los servicios públicos de salud.

Destacó que actualmente se encuentra en trámite legislativo un proyecto de ley que faculta al Consejo de Defensa del Estado para actuar no sólo en el ámbito judicial, sino que también en el extrajudicial y que le confiere facultades para actuar ante jueces árbitros y mediadores.

Concluyó su intervención reiterando que la mediación, si bien constituye una herramienta valiosa y de ingente aplicación en países jurídicamente más desarrollados, no es la solución más adecuada para todos los conflictos.

- - - - -

Al analizar la indicación N° 100, la Comisión valoró la incorporación de una instancia de mediación, por considerar que ésta constituye una herramienta novedosa y efectiva para alcanzar acuerdos en los conflictos de los afiliados y beneficiarios con los prestadores de salud.

En especial, se tuvo en consideración los siguientes elementos:

- el hecho de que el proyecto de ley en informe otorga derechos –consagrados como Garantías Explícitas en Salud, definidas en el artículo 4º–, que pueden ser exigidos a los prestadores y a los aseguradores y cuyo incumplimiento da lugar a indemnización de perjuicios;

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- el temor de que el AUGE incremente exponencialmente los litigios y se produzca un aumento de la judicialización de los conflictos en el ámbito de la salud;

- la inquietud por el hecho de que el problema anterior pueda exacerbarse por la acción de abogados que transformen estos conflictos en una industria generadora de ingresos, y

- que la mediación ha sido recientemente incorporada a la legislación nacional en el proyecto de ley sobre Tribunales de Familia.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión efectuó diversas consideraciones críticas, siendo la más importante de ellas que el mediador, conforme a la indicación, sea un funcionario público. Sobre este punto, la Comisión coincidió en que semejante mediador no tendrá la independencia necesaria para promover acuerdos entre las partes en conflicto, ya que generalmente estará vinculado a una de ellas en calidad de dependiente.

Como forma de soslayar este inconveniente, la Comisión propuso que el mediador sea nombrado de entre un grupo de profesionales altamente calificados, que integren una lista de mediadores, y que sean nombrados por el Ministro de Salud.

Alternativamente, se planteó que el mediador sea designado por el Consejo de Defensa del Estado, de entre uno de sus miembros o designando a un tercero, funcionario o no, que dé garantías de independencia.

A este respecto, se estimó que el Consejo de Defensa del Estado es un organismo idóneo para este efecto, ya que, si bien es de carácter público, es independiente del Gobierno de turno.

Como filtro para evitar acuerdos lesivos para el interés fiscal, la Comisión consideró que, en algunos casos, podría requerirse el visado del Ministerio de Hacienda para aprobar el resultado de la mediación.

El señor Ministro de Salud señaló sobre el particular que los conflictos en el sector salud no se agotan en el ámbito pecuniario y alcanzan, a menudo, aspectos más personales, como el trato y la empatía hacia el usuario. Agregó que, efectuado el alcance anterior, debía concordar con que la mediación no es apta para resolver todo tipo de disputas.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Continuó expresando que, tras analizar algunas experiencias comparadas que recurren a la mediación con buenos resultados, se evaluó la conveniencia de proponer su introducción como forma de resolver algunos conflictos y de evitar la judicialización excesiva de las relaciones en el ámbito de la salud. Añadió que, con el fin de resguardar el sistema adecuadamente, se propuso que la mediación fuera realizada por un funcionario público, de la Secretaría Regional Ministerial de Salud u otro en comisión de servicio; no le asiste el temor de que una supuesta falta de objetividad e independencia del mediador funcionario pueda hacer ineficaz la propuesta y recordó que la referida Secretaría ya cuenta con atribuciones para resolver conflictos, otorgadas por la ley de Autoridad Sanitaria.

En relación con la falta de uniformidad en la jurisprudencia, a que aludió la abogada señora Muñoz al referirse al arbitraje, agregó que, si bien la gran mayoría de los conflictos son casuísticos y puntuales, es posible reconocer en ellos elementos comunes que permiten analizar categorías de casos y obtener antecedentes generales para el diseño de políticas públicas en salud.

Finalmente, anotó que la mediación contribuiría a enfrentar no todos, pero sí un número significativo de conflictos que se generan a partir de la falta de confianza en la relación médico paciente, considerada en términos amplios. Por esta razón, se propone dar un paso adelante, consagrando la mediación en el proyecto, en los términos propuestos en la indicación del Ejecutivo.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo concordó con lo señalado por el señor Ministro, en cuanto a que los conflictos de salud, si bien tienen una dimensión pecuniaria, tienen también una dimensión humana muy fuerte, entre una persona que llega en una situación muy precaria y que en general se entrega al médico, iniciando una relación delicada y compleja, basada en la confianza, en la cual se pueden generar conflictos susceptibles de ser subsanados por la vía de la mediación.

Agregó que, en conjunto con el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y recogiendo una sugerencia del abogado y Consejero del Consejo de Defensa del Estado, profesor Pedro Pierry, formuló la indicación N° 101, que propone el agotamiento previo de la vía administrativa, resguardando los intereses fiscales al requerir la autorización del Ministerio de Hacienda para que el Director del Servicio pueda aceptar la demanda. Sin embargo, el Ejecutivo, por razones atendibles, propone algo distinto.

En cuanto a la objeción formulada por la abogada señora Muñoz respecto de la obtención de fallos diversos en conflictos semejantes, manifestó que ello dependerá del servicio público pues, en la

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

propuesta del Gobierno, siempre es posible optar por retirarse de la mediación, lo que impediría que se produzca un caos de soluciones distintas.

Enseguida, explicó por qué esta Comisión intenta generar instancias de solución de controversias, señalando que este proyecto concede más derechos a la gente que pueden originar juicios infinitos, fundados en ponderaciones subjetivas que es posible precaver en una etapa de mediación. En definitiva, sentenció que se teme que el AUGE aumente la judicialización de la salud, problema que puede verse exacerbado por abogados que intenten hacer fortuna demandando al Estado de Chile y a los servicios públicos de salud.

A continuación, se refirió a la principal objeción que la Comisión hace a la propuesta del Gobierno, que es que el mediador sea un funcionario público, que puede no tener la suficiente independencia para promover adecuadamente el entendimiento de las partes en conflicto. Este punto se agudiza con el argumento, esgrimido en sentido inverso por la abogada señora Muñoz, de que el funcionario tiene responsabilidad administrativa y política, pues con mayor razón se verá inhibido de contrariar la posición del Servicio, dejando al usuario reclamante en una situación desmedrada respecto del Estado.

Concluyó su intervención abocándose a la contra propuesta efectuada por la Comisión, que consiste en confeccionar una lista de mediadores muy calificados, nombrados por el Ministro de Salud. Si lo anterior se desecha, se puede recurrir a una solución intermedia, que consiste en que el mediador sea designado por el Consejo de Defensa del Estado de entre uno de sus miembros, o nombrando a una tercera persona que dé garantías suficientes. Preciso que el Consejo, a su vez, da plena seguridad como organismo independiente. Además, estos juicios serán defendidos por el Consejo de Defensa del Estado, por lo que éste tendría la posibilidad de ponderar si le conviene recurrir a la mediación o ir a juicio. Finalmente, señaló que, si se desea reforzar el resguardo de los recursos fiscales, se puede exigir el visado del Ministerio de Hacienda sobre el resultado de la mediación.

La Honorable Senadora señora Matthei coincidió con lo planteado anteriormente y reiteró que la idea de incorporar en este proyecto una solución alternativa de controversias de índole no judicial y previa, surge de dos constataciones.

La primera, es que efectivamente se están entregando Garantías Explícitas, constitutivas de derechos subjetivos y de cuyo incumplimiento puede reclamarse judicialmente. Añadió que no se desea que los recursos destinados a salud se gasten en procesos judiciales e indemnizaciones por incumplimiento de las Garantías. Y la segunda, es que se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

está iniciando un lucrativo negocio para algunos abogados, una creciente judicialización de conflictos, incluso artificiales, generando un fenómeno que se agrava por el hecho de que los tribunales tienen conocimientos jurídicos pero, obviamente, carecen de conocimientos médicos o científicos, lo que puede inducir a cometer errores en los fallos.

Concluyó señalando que, por las razones expuestas, los legisladores tienen temores fundados, que los han movido a buscar instancias previas, de mediación, o administrativas u otras, que permitan evitar litigios judiciales excesivos y que encarezcan y dificulten el acceso a la salud.

El Honorable Senador señor Boeninger reflexionó en torno a la exposición de la abogada señora Muñoz y señaló que el riesgo de llevar a la justicia, en cantidad creciente, distintos tipos de problemas para ser resueltos por tribunales cuya competencia en el área específica es comúnmente escasa, complica una gobernabilidad sensata. Frente a esto, agregó que la institución de la mediación y otras instancias de solución extrajudicial de conflictos deberían ser promovidas con mayor intensidad.

Finalmente, se refirió a la indicación del Ejecutivo, señalando que la reserva que ella suscita se basa en que la designación de un funcionario del sector salud como mediador resta confianza en la mediación y la debilita como forma alternativa de resolver controversias. Manifestó su preferencia por la contra propuesta de la Comisión, que hace recaer en el Consejo de Defensa del Estado la designación del mediador.

El Honorable Senador señor Espina llamó a restar dramatismo a la discusión de este tema, ya que lo usual será que las acciones para obtener una indemnización de perjuicios se ejerzan tanto en sede penal como en la civil. Hizo presente que el nuevo proceso penal entrega al Fiscal el monopolio del ejercicio de la acción criminal ante los tribunales, con la sola excepción de la víctima. Lo anterior significa que, junto con ponerse fin a juicios con infinidad de querellantes que recurrían en interés de la sociedad, se realizarán diligencias judiciales conducentes ordenadas por un profesional calificado a cargo de la investigación.

Con respecto al sistema de mediación propuesto por la indicación del Ejecutivo, indicó que el hecho de que la mediación sea encomendada a un funcionario público implica una solución falsa, que no servirá para el propósito que se tiene en vista, pues aquél no tendrá la independencia necesaria ni dará confianza a los usuarios. Finalizó manifestando su preferencia por la solución intermedia, de encomendar al Consejo de Defensa del Estado la elaboración de un listado de mediadores altamente calificados.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Considerando los planteamientos previamente consignados, la Comisión entró al análisis de los artículos propuestos por la indicación N° 100, antes transcrita, el que se consigna a continuación, junto con los acuerdos adoptados a su respecto.

Artículo 41
(que pasa a ser artículo 43)

La Comisión acordó eliminar, en el inciso primero, la referencia a los Servicios de Salud, Establecimientos de Autogestión en Red y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, reemplazándola por otra, de carácter general, que alude a los prestadores institucionales públicos que forman parte de las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Enseguida, el Honorable Senador señor Espina propuso incorporar, en el mismo inciso, una referencia a los funcionarios que trabajan para los prestadores institucionales públicos, incluidos los médicos, ya que lo habitual será que se demande tanto al Estado –que evidentemente cuenta con mayores recursos- como al médico, y lo lógico es que ambas situaciones estén reguladas por la misma norma.

Frente a una consulta de la Honorable Senadora señora Matthei, respecto de quien debe ser sancionado cuando un funcionario público comete un acto ilícito en el ejercicio de sus funciones, el Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que el artículo 38, recientemente aprobado, precisa que la responsabilidad recae en los órganos del Estado, sin perjuicio de su derecho a repetir en contra de los funcionarios personalmente responsables.

El Honorable Senador señor Espina reiteró que el querellante elegirá a quien demandar, pudiendo dirigirse en contra del órgano del Estado, contra el médico o contra ambos, y destacó la conveniencia de que el mecanismo de mediación también proteja al médico.

La Comisión, recogiendo el planteamiento efectuado por el Honorable Senador señor Espina, acordó incluir una referencia explícita a los funcionarios de los prestadores institucionales de salud, extendiendo la mediación previa a los casos en que se ejerzan acciones en contra de los funcionarios de los prestadores institucionales públicos, por daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones.

Finalmente, respecto del inciso primero y con el fin de superar los reparos surgidos a raíz de la designación como mediador de un funcionario de la respectiva Secretaría Regional Ministerial, se acordó que la mediación previa al ejercicio de las acciones se realizará ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a un funcionario

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

suyo, a otro funcionario público en comisión de servicios o a un profesional que cumpla con los requisitos que el mismo proyecto señala.

A continuación, se acordó incorporar un inciso segundo, nuevo, que regula la situación de la mediación en aquellos conflictos en que intervengan prestadores privados.

Al efecto, se propuso facultar a las partes para recurrir ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, órgano que se relaciona tanto con el mundo público como con el privado. El costo del procedimiento será de cargo de las partes, las que deberán designar de común acuerdo al mediador. La mediación se entenderá fracasada cuando no se produzca dicho acuerdo.

La instancia previa de mediación es obligatoria en ambos sectores.

Por último, la Comisión acordó no introducir ninguna modificación en el inciso segundo original, consultándolo como inciso tercero, y convino en eliminar el inciso final del artículo 41 propuesto por la indicación.

- El artículo 41 fue aprobado con modificaciones, en los términos que se consignan en el texto final, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 42
(que pasa a ser artículo 44)

La Comisión acordó reformular el presente artículo, efectuando las enmiendas necesarias para concordar su texto con las modificaciones introducidas al artículo 41, que consulta disposiciones separadas para la mediación en el sector público y en el privado.

Respecto de los prestadores institucionales públicos, se acordó que el reclamo se presentará ante el Consejo de Defensa del Estado, incluyendo los antecedentes y peticiones señalados por el inciso primero de la indicación.

Si el reclamo se dirige contra prestadores privados, en cambio, un nuevo inciso segundo dispone que el interesado deberá presentarlo a la Superintendencia de Salud.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Los incisos segundo y tercero del artículo 42 originalmente propuesto por la indicación se mantuvieron, como incisos tercero y cuarto, con enmiendas menores.

- El artículo 42 fue aprobado, con las modificaciones indicadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículos 43 y 44
(que pasan a ser artículos 45 y 46)

- Los artículos 43 y 44 fueron aprobados con modificaciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 45
(que pasa a ser artículo 47)

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso eliminar la frase final del segundo inciso, referida a las razones que justificaron la negativa de alguna de las partes a firmar el acta en la cual se consigna el fracaso de la mediación. Así se acordó.

- Fue aprobado, con la modificación señalada y otras de carácter formal, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 46
(que pasa a ser artículo 48)

El Honorable Senador señor Espina hizo presente la conveniencia de que en la primera audiencia, al menos, el mediador se contacte personalmente con el interesado. Si la persona se encuentra imposibilitada de asistir a dicha audiencia por su estado de salud, este contacto personal podrá verificarse de todos modos, en virtud de las atribuciones que más adelante se confieren al mediador.

Agregó que limitar el derecho a designar un representante no se ajusta a la Constitución Política de la República, por lo que debe enmendarse la disposición en este aspecto.

La Comisión acogió esta sugerencia y acordó que la comparecencia a la primera audiencia debe ser personal, sin perjuicio de que

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

se pueda designar a un apoderado o representante, facultado especialmente para transigir.

- Fue aprobado con modificaciones, en los términos consignados en el texto final, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 47
(que pasa a ser artículo 49)

El Honorable Senador señor Boeninger propuso que, en concordancia con la línea adoptada al modificar el artículo precedente, se agregue a la facultad para efectuar visitas que el inciso segundo otorga al mediador, la de procurar tomar contacto personal con las partes.

La Comisión acogió esta sugerencia, precisando que él podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos y, además, convino en agregar entre los principios por cuyo respeto deberá velar el mediador, conforme al inciso primero, la "celeridad".

- El artículo fue aprobado, con las modificaciones reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 48
(que pasa a ser artículo 50)

El artículo 48 fue aprobado con las modificaciones necesarias para adecuar su texto a los cambios introducidos al primer artículo de este Párrafo y que se traducen en acotar su alcance al caso de prestadores públicos, en reemplazar la referencia al Secretario Regional Ministerial de Salud por otra, al Consejo de Defensa del Estado, y en eliminar la frase que obliga a consignar en el acta las razones del fracaso de la mediación, además de cambios menores en la redacción.

- Fue aprobado con modificaciones, en los términos que se consignan en el texto final del proyecto, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 49

(que pasa a ser artículo 51)

Del artículo 49, que regula la reserva en la mediación, se eliminó, en el inciso primero, la referencia a las normas del artículo 13 de la ley 18.575 y, en el inciso tercero, la exigencia de que exista perjuicio para cualquier participante en el procedimiento, como requisito para sancionar la violación de la reserva con las penas del artículo 247 del Código Penal.

Además, se incorporó un inciso final que señala que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

- Fue aprobado, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 50

(que pasa a ser artículo 52)

Fue aprobado sin enmiendas.

- Esta decisión fue adoptada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 51

(que pasa a ser artículo 53)

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, refiriéndose al inciso primero del artículo 51, hizo presente que, en el caso de la mediación ante los Tribunales de Familia, se concede al acuerdo ratificado por el Tribunal de Familia mérito de resolución judicial y adquiere igual valor que una sentencia, transformándose en un equivalente jurisdiccional de la misma.

Manifestó su inquietud porque lo mismo ocurriría en este caso, debido a que al acuerdo se le reconoce el valor de un contrato de transacción, que es ley para las partes, sin que en este caso exista una instancia objetiva de revisión. Expresó que el hecho de que en el acuerdo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

intervengan partes con un poder negociador excesivamente desbalanceado hace necesario establecer algún tipo de resguardo que impida abusos.

Finalmente, planteó su preocupación por la renuncia expresa a todas las acciones judiciales correspondientes que debe hacer la parte reclamante. Al efecto, se acordó dejar **constancia** de que lo anterior no alcanza a acciones y derechos irrenunciables o respecto de los cuales la ley no permite transigir.

En relación con el posible abuso derivado del distinto poder de las partes, la abogada del Consejo de Defensa del Estado, señora María Teresa Muñoz, explicó que el Consejo interviene aprobando la transacción y constituyéndose en un filtro para los acuerdos abusivos, ya que se trata de un cuerpo colegiado, con doce miembros que aportan distintas visiones.

El Honorable Senador señor Espina señaló que la mediación que se concreta como un contrato de transacción entre el Estado y los particulares siempre estará sujeta a la nulidad por vicios del consentimiento.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso fortalecer el sistema, agregando, como resguardo adicional, la autorización del Ministerio de Hacienda, en aquellos casos en que la transacción supere un cierto monto, que podría ser de 3.000 Unidades de Fomento.

En atención a lo expuesto, la Comisión acordó modificar el artículo 51, señalando en su inciso segundo que los contratos de transacción de los prestadores institucionales públicos deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se transe en sumas superiores a mil unidades de fomento, y cuando excedan de tres mil unidades de fomento, deberán ser aprobados, además, por resolución del Ministerio de Hacienda.

Respecto del inciso tercero, se acordó eliminar la oración que dispone que los presupuestos de los prestadores institucionales públicos no podrán sea suplementados con aporte fiscal para pagar transacciones, debiendo hacerles frente únicamente con sus recursos propios.

- El artículo 51 fue aprobado por unanimidad, con las modificaciones antes señaladas y otras menores de orden formal, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Enseguida, la Comisión acordó incorporar un artículo 54, nuevo, con el fin de señalar requisitos mínimos para ser incorporado en el Registro de Mediadores y regular el arancel de los prestadores privados.

En relación con el primer tema, el Honorable Senador señor Espina manifestó que el mediador debe ser un profesional con varios años de experiencia profesional, pues se trata de una tarea extremadamente delicada, que requiere de la participación de un profesional versado.

Por su parte, el Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que, en el caso de los Tribunales de Familia, se exigió un título profesional de una carrera cuya duración no sea inferior a determinado número de semestres y con especialización en mediación. Respecto de este último requisito, señaló que, en la actualidad, muchas universidades imparten postgrados en mediación.

Se acordó que, al menos en una primera etapa, no se exigirá contar con preparación en mediación, pues aún no existen especialistas para conflictos en el ámbito de la salud, por lo que podría cuestionarse su idoneidad por las partes y debilitar el sistema.

En consecuencia, se acordó que, para inscribirse en el Registro de Mediadores, se deberá contar con título profesional de una carrera de al menos diez semestres de duración, otorgada por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, con cinco años de experiencia laboral, y no haber sido condenado ni sido objeto de formalización de investigación criminal, según corresponda, por delito que merezca pena aflictiva.

En relación con el inciso segundo, relativo al arancel de los mediadores, el Honorable Senador señor Viera Gallo hizo presente que debe distinguirse entre la mediación en que intervienen prestadores institucionales públicos, que es gratuita, y aquella que atañe a prestadores privados. Agregó que, considerando que la Superintendencia de Salud es el órgano encargado de acreditar a los mediadores que intervendrán en los conflictos en que participen prestadores privados y que las partes deben pagar los gastos de la mediación, sería aconsejable que se entregue la determinación de los aranceles a la misma entidad.

La Comisión, recogiendo el planteamiento anterior, acordó que la Superintendencia de Salud sea el organismo encargado de establecer los aranceles que corresponda pagar por la mediación en que intervengan prestadores privados.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Fue aprobado, en los términos señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

Artículo 52
(que pasa a ser artículo 55)

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de agregar, entre los elementos que deben ser regulados por el reglamento a que alude este precepto, el establecimiento de modalidades de control de los mediadores.

La Comisión acordó acoger esta proposición y aprobó el texto del artículo reformulado en los siguientes términos:

“Artículo 53.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.”.

- Fue aprobado con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- En resumen, y como consecuencia de los acuerdos anteriores, la indicación N° 100 fue aprobada por unanimidad, con las modificaciones señaladas, quedando como se expresará en el texto final del proyecto, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

La **indicación N° 101**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente artículo, nuevo:

“.... .- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los órganos de la Administración en materia sanitaria, requiere el agotamiento previo de la vía administrativa.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El afectado deberá presentar la solicitud de reparación económica de los daños ocasionados, ante el respectivo Director del Servicio de Salud, especificando las lesiones producidas o las circunstancias de la muerte en su caso, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio, la falta que se imputa, y la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial; acompañando todos los antecedentes que estime conveniente, dando de esta forma inicio al procedimiento administrativo el que se regirá en todo lo no previsto por esta ley, por lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo.

El plazo para presentar la solicitud de reparación económica, será de cuatro años desde que ocurrieron los hechos; esto es, desde la acción u omisión de la autoridad sanitaria. La presentación de la solicitud de reparación interrumpe la prescripción durante el tiempo que dure el procedimiento administrativo.

El Director del Servicio de Salud podrá delegar la instrucción del procedimiento administrativo en un abogado de la Fiscalía del Servicio. En todo caso la resolución de término del procedimiento, deberá ir firmada por el Director del Servicio.

El procedimiento administrativo terminará por el rechazo o la aprobación de la solicitud. En caso de aprobación deberá señalar el monto de la indemnización que el Servicio de Salud dispone pagar, que podrá ser distinto al solicitado por el interesado. Deberá determinar además si existe falta de servicio del órgano o si se trata de una falta personal del funcionario que haya incurrido en culpa grave o dolo. Esta última declaración no producirá otro efecto respecto al funcionario, que la obligación del Servicio de demandar ante los tribunales ordinarios para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado, donde deberá probar la culpa o dolo del funcionario. En todo caso el funcionario afectado podrá siempre intervenir como tercero en el procedimiento administrativo.

El sumario administrativo correspondiente, si lo hubiere, será siempre acompañado al expediente administrativo.

En caso que aparezcan otras personas afectadas por los mismos hechos que se refieran a una determinada víctima, como cónyuge, conviviente, padres, o hermanos, deberán todos concurrir al procedimiento administrativo, personalmente o a través de representante legal, el que no podrá continuar sin ellos. Tratándose de daño moral por muerte, el Servicio de Salud, de oficio deberá establecer quienes tienen derecho a indemnización, y por lo tanto a intervenir en el procedimiento, procediendo a su notificación para que intervengan en el. Pendiente la ubicación y notificación de dichas personas, se suspende el plazo del procedimiento.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá ser aprobada por resolución del Ministerio de Hacienda.

Sin perjuicio del recurso de reposición, la parte en el procedimiento, o los terceros interesados, podrán interponer recurso de tutela ante el Ministro de Salud. El Ministro podrá delegar la facultad de resolución en el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Ejecutoriada que sea la resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de indemnización por un monto distinto del solicitado, la parte tendrá el plazo de 10 días hábiles para manifestar por escrito su aceptación, transcurridos los cuales sin haberse pronunciado, se entenderá rechazada por el interesado la resolución del Servicio.

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá reducirse a escritura pública firmada por el director del Servicio o el funcionario en quien delegue esta precisa función y la parte solicitante, la que deberá renunciar a todas las acciones judiciales correspondientes. Dicha escritura tendrá carácter de transacción para todos los efectos legales.”.

Los Honorables Senadores autores de esta indicación hicieron presente que procederían a su retiro, debido a que la indicación precedente aborda la misma materia y cuenta con el patrocinio del Presidente de la República.

- Fue retirada por sus autores.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo segundo

Limita el cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del Nº 3 del artículo primero transitorio. Al efecto dispone que ésta no podrá exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado entre el mes precedente a la promulgación del decreto del Nº 1 del citado artículo primero transitorio y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo inciden las indicaciones Nºs 102 y 103.

La **indicación Nº 102**, del Presidente de la República, propone suprimir, en el artículo segundo, la palabra "real", y agregar, entre la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", la palabra "Real". Como otras semejantes, corrige una deficiencia en la denominación del Índice en cuestión.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación Nº 103**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, persigue agregar, antes del punto aparte, la siguiente oración final: "y, en todo caso, deberá ser capaz de cubrir las Garantías Explícitas que se contemplen en el respectivo decreto".

El señor Ministro de Salud objetó esta indicación, señalando que las Garantías Explícitas deben ajustarse a la Prima Universal y no viceversa, como postula la proposición en análisis.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que esta propuesta está en concordancia con los términos en que fue aprobado el inciso segundo del artículo 12, reemplazado en virtud de la indicación Nº 45, norma que preceptúa que el costo individual promedio generado por las Garantías Explícitas en Salud no podrá ser significativamente diferente a la Prima Universal.

- La indicación fue acogida con enmiendas formales, con el voto favorable de la Honorable Senadora señora Matthei y de los señores Espina y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Boeninger.

- - - - -

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Presidente de la República formuló la **indicación Nº 104**, con el objetivo de incorporar un artículo transitorio, nuevo que señala que las normas sobre mediación establecidas en el Título III, Párrafo II, "De la Mediación", entrarán en vigencia el 1º de enero de 2006.

La Comisión acordó acoger esta indicación, pero concediendo un plazo de seis meses para la puesta en vigor del nuevo párrafo relativo a la mediación. Este término se contará desde la entrada en vigencia del presente proyecto como ley.

- Fue aprobada con la modificación indicada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

Finalmente, la Comisión acordó, por unanimidad, incorporar un artículo transitorio nuevo, del siguiente tenor:

"Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933 y del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud", por la frase "Régimen General de Garantías en Salud."

- Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo."

- - - - -

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Salud propone la aprobación de las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en general:

TÍTULO I

- En el epígrafe, insertar la palabra "GENERAL", entre las expresiones "DEL RÉGIMEN" y "DE GARANTÍAS EN SALU D".
(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Además, y como consecuencia del cambio anterior, se debe insertar la palabra "General", dentro de la expresión "Régimen de Garantías en Salud", en el inciso segundo del artículo 25; en el inciso primero del artículo 11 contenido en el número 3 del artículo 34; en las siguientes disposiciones contenidas en el artículo 35: en la letra k) del número 1, en los dos párrafos de la letra a) del número 2, en el artículo 33 bis del número 3, en el inciso primero del artículo 42 A del número 4, y en el artículo 37.

(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

Artículo 1º

- Reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 1º.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469."

(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

Artículo 2º

- Sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 2º.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley."

(Artículo 121 del Reglamento del Senado e Indicación Nº 10, unanimidad 3x0)

Artículo 3º

- Reemplazarlo por el que sigue:

"Artículo 3º.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan."

(Artículo 121 del Reglamento del Senado e Indicación Nºs 8 y 9, unanimidad 3x0)

Artículo 4º

- En el encabezamiento, sustituir la frase "inciso segundo del artículo anterior", por "artículo 2º".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

- En la letra a), sustituir el vocablo "correspondiente", por la frase "a que se refiere el artículo 11".

- En la letra b), insertar, luego de la referencia "Nº 19.937", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11".

- En la letra c), sustituir el vocablo "correspondiente", por la frase "a que se refiere el artículo 11".

(Indicación Nº 11 y artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

- En la letra d), añadir el siguiente párrafo tercero:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3º del presente Título."
(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

Artículo 5º

- Insertar, a continuación de la expresión "cobertura financiera adicional", la frase "de cargo de dichos organismos, según corresponda".
(Indicación Nº 17, unanimidad 3x0)

Artículo 7º

- En el inciso primero, intercalar, a continuación del término "dependan", la oración "en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento", precedida de un punto y coma (;).
(Indicación Nº 22, unanimidad 3x0)

- En el inciso tercero, agregar, luego de la palabra "evento", las siguientes oraciones: "o del primer evento, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento", precedidas de una coma (,).
(Indicaciones Nºs 26 y 27, unanimidad 4x0)

- Reemplazar el inciso cuarto, por el que sigue:

"En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago."
(Indicación Nº 29, unanimidad 4x0)

Artículo 9º

- En el inciso segundo, sustituir la frase final "para otorgar dichas Garantías", por la oración "o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º".
(Indicación Nº 31, unanimidad 4x0)

- Reemplazar los incisos tercero a séptimo, por los que se indican a continuación:

"No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

(Indicación N° 32, unanimidad 5x0)

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

(Indicaciones N°s 34 y 38, unanimidad 5x0)

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

(Indicaciones N°s 39 y 40, unanimidad 5x0)

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

(Indicaciones N°s 35 y 36, mayoría 4x1 abstención)

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación que implique urgencia vital o secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente."

(Indicación N° 41, unanimidad 5x0)

Párrafo 3º

- En el epígrafe, insertar la palabra "General", entre el vocablo "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

Artículo 12

- En el inciso primero, sustituir la frase "al que deberá ajustarse", por la frase "expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías", precedida por una coma (,).

(Indicación N° 44, unanimidad 3x0)

- Reemplazar el inciso segundo, por los siguientes:

"Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda."

(Indicación N° 45, unanimidad 3x0)

Artículo 14

- Sustituir la oración "respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan", por la siguiente: "prestaciones asociadas, debiendo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan".

(Indicación N° 48, unanimidad 3x0)

Artículo 18

- Suprimir la palabra "real", que figura después del término "variación", e insertar, entre la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", el vocablo "Real".

(Indicación N° 49, unanimidad 3x0)

Artículo 19

- Intercalar, a continuación de la expresión "Garantías Explícitas del Régimen" la siguiente oración: "y que hayan sido requeridas en este carácter; de conformidad a las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud".

(Indicación N° 50, unanimidad 3x0)

Artículo 21

- En el inciso tercero, insertar, entre las palabras "consejeros" y "durarán", la oración "ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud,".

(Indicación N° 52, unanimidad 3x0)

Artículo 22

- En el inciso cuarto, agregar la siguiente oración final "Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.".

(Indicación N° 53, unanimidad 3x0)

- En el inciso quinto, reemplazar la frase "establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo", por la siguiente "dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento".

(Indicación N° 54, unanimidad 3x0)

Párrafo 5º

- En el epígrafe, insertar la palabra "General", entre el término "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 23

- En el inciso segundo, agregar al final, luego de la frase "otros tres años", las palabras " y así sucesivamente".

(Indicación Nº 55, unanimidad 3x0)

Párrafo 6º

- En el epígrafe, insertar la palabra "General", entre el término "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

Artículo 24

- En el inciso primero, eliminar la oración final "El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas."

(Indicación Nº 56, unanimidad 3x0)

- En el inciso segundo, sustituir la oración inicial "Cumpliéndose las condiciones del inciso primero,", por la que se indica a continuación: "El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas.", e iniciar con mayúscula el artículo "los", que figura luego de la primera.

(Indicaciones Nºs 57 y 58, unanimidad 3x0)

- En el mismo inciso segundo, incorporar las siguientes oraciones finales: "En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud."

(Indicación Nº 59, unanimidad 3x0)

- Reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

"Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

(Indicaciones N°s 60 y 61, unanimidad 3x0)

Artículo 25

- En el inciso primero, sustituir las palabras "acceder a", por "atenderse en".

(Indicación N° 62, unanimidad 3x0)

- En el mismo inciso, insertar la frase "Asimismo, deberán acceder a ésta", antes de la frase "a través de la atención primaria", sustituyendo por un punto seguido (.) la coma (,) escrita después de la palabra "corresponda".

(Indicación N° 63, unanimidad 3x0)

- Finalmente, siempre en el inciso primero, incorporar, a continuación del vocablo "respectivo", la oración final "y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda", precedida de una coma (,).

(Indicación N° 64, unanimidad 3x0)

Artículo 29

- En el inciso primero, reemplazar la expresión "los efectos de dejar constancia", por lo siguiente: "que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen", y la oración "las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente", por esta otra: "las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el inciso segundo del artículo 2º de esta ley".

(Indicaciones N°s 69 y 70, unanimidad 3x0)

- - - - -

- Insertar un artículo 30, nuevo, del tenor que se indica enseguida, modificándose en consecuencia la numeración de los artículos siguientes:

"Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto."

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)

- - - - -

Artículo 31

- Ha pasado a ser artículo 32.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Intercalar la palabra "Nominal", entre las expresiones "Indice General" y "de remuneraciones por Hora".

(Indicación Nº 71, unanimidad 4x0)

- Sustituir las oraciones finales "entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación", por las siguientes: "entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación".

(Indicación Nº 72, unanimidad 3x0)

Artículo 33

- Ha pasado a ser artículo 34.

Número 1

- Al final de la letra g) que contiene, insertar la frase "y sus causantes de asignación familiar", luego de la referencia "ley Nº 19.728".

(Indicación Nº 74, unanimidad 3x0)

Número 2

- Reemplazarlo por el que sigue:

"2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8º, y su letra a), por lo siguiente:

"Artículo 8º.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

(Indicación N° 77, unanimidad 4x0)

Número 3

- En el inciso del artículo 11 contenido en la letra a), agregar la frase "y los Establecimientos de Salud de carácter experimental", luego de la expresión final "Servicio de Salud".

(Indicación N° 79, unanimidad 3x0)

Número 4

- En el primero de los incisos que se agregan al artículo 27, sustituir la expresión "el cotizante", por la palabra "aquel".

(Indicación N° 83, unanimidad 3x0)

- Incorporar el siguiente inciso final a los que se agregan al artículo 27:

"Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31."

(Indicación N° 84, unanimidad 3x0)

Número 6

- Reemplazarlo por el que sigue:

"6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras "afiliado" y "afiliados", por "beneficiario" y "beneficiarios", respectivamente, y la frase "servicio público", por "organismo de la administración del Estado".

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra "afiliado" por "beneficiario".

(Indicaciones N°s 86 y 87, unanimidad 3x0)

Artículo 34

Número 3

- En el artículo 33 bis que contiene este numeral, reemplazar la referencia al artículo "30", por otra, al artículo "31".

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5x0)

Número 4

- En el epígrafe del Párrafo 5º, intercalar la palabra "General", entre el término "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)TITULO III
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

- Insertar el epígrafe siguiente:

"Párrafo I
Disposiciones generales"**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5x0)**

Artículo 37

- Ha pasado a ser artículo 38, sustituido por el siguiente:

"Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada."

(Indicaciones N°s 89 y 90, unanimidad 4x0)

- - - - -

- Insertar el siguiente artículo 39, nuevo:

"Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

(Indicación N° 92, unanimidad 4x0)

- - - - -

Artículo 40

- Ha pasado a ser artículo 42.

- Reemplazar el inciso primero por el que sigue:

"Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar."

(Indicaciones N°s 96 y 97, unanimidad 5x0)

- - - - -

- Insertar a continuación del artículo 40, que pasó a ser artículo 42, el siguiente Párrafo II, De la mediación, y los artículos 43 a 55, nuevos:

"Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley N° 19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 7º del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo."

(Indicación N° 100, unanimidad 5x0)

- - - - -

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero

- En el encabezamiento, intercalar la palabra "General", entre los términos "Régimen" y "de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el segundo inciso, sustituir la expresión "el Régimen entrará", por "las Garantías Explícitas entrarán".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo segundo

- Suprimir la palabra "real", escrita a continuación del vocablo "variación", y agregar, entre las expresiones "Índice General" y "de Remuneraciones", el término "Real".

(Indicación Nº 102, unanimidad 4x0)

- Insertar al final, luego de la palabra "modificación", la oración "y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto".

(Indicación Nº 103, mayoría 3x1)

- Insertar a continuación los siguientes Artículos cuarto y quinto transitorios, nuevos:

"Artículo cuarto.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

(Indicación Nº 104, unanimidad 5x0)

Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933 y del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud", por la frase "Régimen General de Garantías en Salud".

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)

Si las modificaciones propuestas son aprobadas, el proyecto de ley que queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:**"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD****Párrafo 1º
Disposiciones Generales**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Artículo 2°.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el **artículo 2°**, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.**

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, **en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.**

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.** Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.

Párrafo 2°

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional **de cargo de dichos organismos, según corresponda**, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento**. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, **o del primer evento, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.** Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional **o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º.**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergerable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente a sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación que implique urgencia vital o secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Párrafo 3º

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, **expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus **prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan** un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen **y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud**. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°
Del Consejo Consultivo

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros **ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud**, durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. **Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.**

Un reglamento **dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento**, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años **y así sucesivamente**.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º de este Título.

Párrafo 6º

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. **En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.**

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán **atenderse**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

en la Red Asistencial que les corresponda. **Asimismo, deberán acceder a ésta** a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, **y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.**

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen **General** de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para **que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen** de,

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a **las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2º de esta ley**: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Párrafo 7°
Otras obligaciones

Artículo 31.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 32.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por el Índice General **Nominal** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, **entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

Artículo 33.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II
DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 **y sus causantes de asignación familiar.**”.

2.- **Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), por lo siguiente:**

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo 8º.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen **General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud **y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.**”.**

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por **aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.**

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras “afiliado” y “afiliados”, por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público”, por “organismo de la administración del Estado”.

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra “afiliado” por “beneficiario”.

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).
- b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).
- c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

- a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

- b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen **General** de Garantías en Salud."

- c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

"Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 30 de la ley que establece el Régimen **General** de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

"Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículo 36.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 37.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen **General** de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO III

DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Párrafo I**Disposiciones Generales**

Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

Artículo 41.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1° del Capítulo III de la ley N° 19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 7° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen **General** de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, **las Garantías Explícitas entrarán** en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación **y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.**

Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

Artículo cuarto.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud", por la frase "Régimen General de Garantías en Salud."

Acordado en sesiones de fechas 15 y 22 de junio; 8, 12,13 y 15 de julio de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fonet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 21 de julio de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

RESUMEN EJECUTIVO**SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD, ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD.****(Boletín N° 2.947-11)****I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:**

- Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.

- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.

- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.

- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que canalice la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Adecuar las leyes N° 18.469 y N° 18.933 a los cambios generados por el proyecto.

- Regular la implementación gradual del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Regular la responsabilidad extracontractual del Estado y los aseguradores y prestadores privados en el área de la salud.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

II. ACUERDOS:

Indicación Nº	1 Rechazada	3x0
Indicación Nº	2 Rechazada	3x0
Indicación Nº	3 Rechazada	3x0
Indicación Nº	4 Rechazada	3x0
Indicación Nº	5 Rechazada	3x0
Indicación Nº	6 Rechazada	3x0
Indicación Nº	7 Retirada	
Indicación Nº	8 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación Nº	9 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación Nº	10 Aprobada	3x0
Indicación Nº	11 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación Nº	12 Retirada	
Indicación Nº	13 Inadmisible	
Indicación Nº	14 Inadmisible	
Indicación Nº	15 Retirada	
Indicación Nº	16 Inadmisible	
Indicación Nº	17 Aprobada	3x0
Indicación Nº	18 Inadmisible	
Indicación Nº	19 Retirada	
Indicación Nº	20 Retirada	
Indicación Nº	21 Retirada	
Indicación Nº	22 Aprobada	3x0

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Nº			
Indicación			
Nº	23	Retirada	
Indicación			
Nº	24	Retirada	
Indicación			
Nº	25	Retirada	
Indicación			
Nº	26	Aprobada	4x0
Indicación			
Nº	27	Aprobada	4x0
Indicación			
Nº	28	Rechazada	4x0
Indicación			
Nº	29	Aprobada	4x0
Indicación			
Nº	30	Inadmisible	
Indicación			
Nº	31	Aprobada	4x0
Indicación			
Nº	32	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación			
Nº	33	Rechazada	5x0
Indicación			
Nº	34	Aprobada con modificaciones	3x1
Indicación			
Nº	35	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación			
Nº	36	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación			
Nº	37	Retirada	
Indicación			
Nº	38	Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación			
Nº	39	Aprobada	5x0
Indicación			
Nº	40	Aprobada	4x0
Indicación			
Nº	41	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación			
Nº	42	Retirada	
Indicación			
Nº	43	Retirada	
Indicación			
Nº	44	Aprobada	3x0
Indicación			
Nº	45	Aprobada con modificaciones	3x0

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Nº		
Indicación		
Nº	46 Inadmisible	
Indicación		
Nº	47 Rechazada	3x0
Indicación		
Nº	48 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	49 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	50 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	51 Rechazada	2x1
Indicación		
Nº	52 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	53 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	54 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	55 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	56 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	57 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	58 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	59 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	60 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	61 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	62 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	63 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	64 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	65 Rechazada	3x0
Indicación		
Nº	66 Rechazada	3x0
Indicación		
Nº	67 Rechazada	3x0
Indicación		
Nº	68 Rechazada	3x0

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Nº		
Indicación		
Nº	69 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	70 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	71 Aprobada	4x0
Indicación		
Nº	72 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	73 Inadmisible	
Indicación		
Nº	74 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	75 Inadmisible	
Indicación		
Nº	76 Inadmisible	
Indicación		
Nº	77 Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación		
Nº	78 Retirada	
Indicación		
Nº	79 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	80 Inadmisible	
Indicación		
Nº	81 Inadmisible	
Indicación		
Nº	82 Inadmisible	
Indicación		
Nº	83 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	84 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación	El párrafo i) fue declarado inadmisible	
Nº	85 y los párrafos ii) e iii) fueron retirados.	
Indicación		
Nº	86 Aprobada	3x0
Indicación		
Nº	87 Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación		
Nº	88 Retirada	
Indicación		
Nº	89 Aprobada	4x0
Indicación		
Nº	90 Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación		
Nº	91 Retirada	

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Nº		
Indicación		
Nº	92 Aprobada	4x0
Indicación		
Nº	93 Retirada	
Indicación		
Nº	94 Rechazada	4x0
Indicación		
Nº	95 Retirada	
Indicación		
Nº	96 Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación		
Nº	97 Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación		
Nº	98 Rechazada	5x0
Indicación		
Nº	99 Rechazada	5x0
Indicación		
Nº	100 Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación		
Nº	101 Retirada	
Indicación		
Nº	102 Aprobada	4x0
Indicación		
Nº	103 Aprobada con modificaciones	3x1
Indicación		
Nº	104 Aprobada con modificaciones	5x0

IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL: no hay.

V. URGENCIA: suma.

VI. ORIGEN INICIATIVA: mensaje del Presidente de la República.

VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS: 15 de enero de 2003.

IX. INICIO TRAMITACION EN EL SENADO: 21 de enero de 2003.

X. TRAMITE REGLAMENTARIO: segundo informe. El proyecto pasa a la Comisión de Hacienda, para examinar los artículos 1º a 10, 12 a 19, 22, 31 y 32; del artículo 34, los números 1, 2, 4, 5 y 6; del artículo 35, el inciso

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

segundo del artículo 42 B, contenido en el número 4; el artículo 36; el Título III, y los artículos Primero, Segundo y Cuarto transitorios.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;

b) Ley Nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley Nº 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley. No 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

f) Ley Nº 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

g) Ley Nº 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

h) Ley Nº 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

i) Ley Nº 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

j) Ley Nº 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- k) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.
- l) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- m) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- n) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- ñ) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- o) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- p) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- q) Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, Capítulo III, Párrafo 1º, sobre notificaciones.
- r) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- s) Código Sanitario, artículo 36, sobre facultades presidenciales en caso de emergencia sanitaria.
- t) Código Penal, artículo 247, violación del secreto profesional o funcionario.
- u) Decreto con fuerza de ley N° 1, de Hacienda, de 1993, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley orgánica del Consejo de Defensa del Estado.

Valparaíso, 21 de julio de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

INDICE

Constancias reglamentarias	2
Antecedentes de derecho	3
Discusión en particular	4
Modificaciones	85
Proyecto de ley	102
Firmas	128
Resumen Ejecutivo	129
Indice	135

2.6. Informe Comisión de Hacienda

Senado, 03 de agosto de 2004. Cuenta en Sesión 17, Legislatura 351

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA,
recaído en el proyecto de ley, en segundo
trámite constitucional, que establece el Régimen
de Garantías en Salud.
BOLETÍN N° 2.947-11

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de presentaros su segundo informe sobre el proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, con urgencia calificada de "suma".

A la sesión en que se trató el proyecto asistieron, además de sus miembros, el Ministro de Salud, señor Pedro García; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica de ese Ministerio, señor Andrés Romero; el Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, señor Manuel Hinostroza, y los Asesores del Ministerio de Hacienda, señora Consuelo Espinosa y señor Marcelo Tockman.

- - -

El proyecto de ley en estudio fue analizado previamente por la Comisión de Salud.

- - -

De conformidad con su competencia, vuestra Comisión de Hacienda se pronunció respecto de los artículos 1º a 10; 12 a 19; 22; 28; 31 y 32; artículo 34 números 1, 2, 4, 5 y 6; el artículo 42 B, contenido en el número 4 del artículo 35; artículo 36; artículos 38 al 55 del Título III, y artículos transitorios, del proyecto, en los términos en que fueron aprobados por la Comisión de Salud, como reglamentariamente corresponde.

Se hace presente que la Comisión aprobó, en los mismos términos en que habían sido despachados por la Comisión de Salud, los artículos 1º a 6º; 10; 12 a 17; 19; 22; 31 y 32; 34 números

INFOFME COMISION HACIENDA

1, 2, 4, 5 y 6; artículo 42 B contenido en el número 4 del artículo 35; 36, y 38 al 55.

Respecto de los artículos 1º a 6º; 10; 12 a 17; 19 y 22 el acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo. Las restantes disposiciones fueron aprobadas con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

En atención a lo expuesto, la Comisión resolvió considerar aprobadas o rechazadas, también en idénticos términos que la Comisión de Salud, las indicaciones recaídas en las disposiciones antes enumeradas.

Por otra parte, vuestra Comisión de Hacienda aprobó, con enmiendas, las siguientes normas: artículos 7º; 8º; 9º; 18 y 28. Aprobó, con modificaciones, los artículos primero, segundo y quinto transitorios, eliminó los artículos tercero y cuarto transitorios e incorporó un nuevo artículo tercero transitorio.

Respecto de los artículos 7º; 8º; 9º y 18 el acuerdo se adoptó por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo. En lo referente a las restantes disposiciones el acuerdo fue adoptado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de lo siguiente:

I.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: números 22, 26, 29, 31 y 102.

II.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: números 27, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 49, 103 y 104.

III.- Indicaciones rechazadas: números 28 y 33.

Cabe hacer presente que esta constancia es complementaria del cuadro reglamentario contenido en el segundo informe de la Comisión de Salud y se refiere únicamente a las indicaciones recaídas en artículos que fueron modificados por vuestra Comisión de Hacienda.

DISCUSIÓN

A continuación se efectúa una relación de las disposiciones modificadas por esta Comisión y de las indicaciones recaídas en ellas, así como de los acuerdos adoptados al respecto.

Artículo 7°

Dispone que el monto del deducible en el caso de los afiliados al sistema privado de salud, y de los pertenecientes al Grupo D del artículo 29 de la ley N° 18.469, equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. Este monto disminuye a 21 cotizaciones mensuales por evento, tratándose de los afiliados pertenecientes al Grupo C.

El inciso segundo indica el monto del deducible, en caso de pluralidad de eventos en un período de doce meses, contados desde que se encuentre devengado el primer copago del primer evento. Al efecto señala que, tratándose de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y de quienes pertenezcan al Grupo D de la ley N° 18.469, el deducible alcanzará a 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda y, para los afiliados pertenecientes al Grupo C, será de 31 cotizaciones mensuales.

El inciso tercero establece la forma de determinar la cotización que sirve como base de cálculo para el deducible y, al efecto, señala que se definirá conforme al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral. El promedio se calculará considerando desde la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento; si en dicho período las cotizaciones fueran menos de seis, se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

Finalmente, el inciso cuarto, dispone que, para calcular el deducible en el caso de cotización pactada, se usará como base de cálculo la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 18 a 29.

La **indicación N° 18**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide, propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

INFOFME COMISION HACIENDA

“Para los afiliados pertenecientes al grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.466, el deducible equivaldrá a 1,5 sueldos mensuales legales pactados según corresponda, independiente de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados al grupo C de la referida ley; el deducible equivaldrá a un sueldo mensual legal o pactado independiente del número de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.”.

La indicación innova respecto del texto del proyecto en tres aspectos: elimina la referencia a los afiliados al sistema privado de salud; modifica el monto del deducible y reemplaza las cotizaciones mensuales por sueldos mensuales, y fija el deducible con independencia del número de siniestros.

- Fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión de Salud.

Las **indicaciones N°s 19, 20 y 21** inciden en el inciso primero del artículo 7° y fueron formuladas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

La primera propone intercalar en el inciso primero, a continuación de la palabra “Previsional” las expresiones “y sus beneficiarios,”; la segunda intercalar, a continuación de la expresión “ley N° 18.469,” las palabras “y sus cargas legales,”, y la última busca reemplazar la frase “que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.” por lo siguiente: “que le ocurra a él, a sus cargas legales o a los beneficiarios que de él dependan, según corresponda.”.

- Los autores de las indicaciones N°s 19, 20 y 21, las retiraron en el segundo informe de la Comisión de Salud.

La **indicación N° 22**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso primero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): “en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.”

Las **indicaciones N°s 23 y 24**, fueron formuladas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para eliminar los incisos segundo y tercero del artículo 7°, respectivamente.

- Fueron retiradas por su autor en el segundo informe de la Comisión de Salud.

INFOFME COMISION HACIENDA

La **indicación Nº 25**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso tercero, la oración "en caso de que la cotización base sea la legal", por la siguiente: "en caso de que la cotización corresponda a un porcentaje de la renta".

- Fue retirada por sus autores en el segundo informe de la Comisión de Salud.

La **indicación Nº 26**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso tercero, a continuación de la oración "o pagada en el mes inmediatamente anterior al inicio del evento", lo siguiente: ", o del primer evento, según corresponda".

La **indicación Nº 27**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso tercero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): "en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento."

La **indicación Nº 28**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone eliminar el inciso cuarto.

La **indicación Nº 29**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso cuarto, la frase inicial "En el caso de la cotización pactada" por la siguiente: "En el caso de que la cotización corresponda a un monto pactado".

- La Comisión aprobó, sin enmiendas, las indicaciones números 22, 26 y 29; rechazó la indicación número 28 y aprobó, con modificaciones, en la forma que se señala en su oportunidad, la indicación número 27. El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo.

Artículo 8º

El artículo 8º aprobado en general es del siguiente tenor:

"Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley Nº 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se

INFOFME COMISION HACIENDA

encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.”.

- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo, con una enmienda de concordancia con lo resuelto respecto del artículo anterior, en la forma que se consigna en su oportunidad.

Artículo 9º

El inciso primero dispone que la acumulación del deducible se efectúe en un período máximo de doce meses, computándose desde que el beneficiario registre un primer copago devengado. Agrega que, en el evento de no completarse el deducible dentro del mismo plazo, no se acumularán los copagos para el período siguiente, debiendo reiniciarse el cómputo del deducible por otros doce meses.

El inciso segundo precisa que, para el efecto de computar el deducible, no se contabilizarán los copagos originados en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

El inciso tercero aborda la situación en que el beneficiario sea hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional, como consecuencia de una urgencia vital o de una situación que dé lugar a una secuela funcional grave y precise hospitalización inmediata e impostergable. Sobre el particular, la norma estipula que los copagos devengados en dicho establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

INFOFME COMISION HACIENDA

El inciso cuarto impone al beneficiario la obligación de dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

El inciso quinto faculta al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional para trasladar al paciente que no se encuentre médicamente impedido, a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud.

El inciso sexto se sitúa en la hipótesis de que, existiendo autorización médica para el traslado, el paciente o sus familiares se nieguen al mismo y, al efecto dispone que no se computarán para el cálculo del deducible los copagos devengados con posterioridad a la referida autorización.

El inciso séptimo y final concluye indicando que si el paciente decide, con posterioridad, ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado, se reanuda el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 30 a 42.

La **indicación N° 30**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskide, propone reemplazar el presente artículo por el siguiente:

“El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de treinta y seis meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los treinta y seis meses no se alcanzara a completar el deducible; los copagos no se cumularán para el siguiente período; reiniciándose el cómputo del deducible por otros treinta y seis meses, y así sucesivamente.”.

- La indicación fue declarada inadmisibles por el Presidente de la Comisión de Salud.

La **indicación N° 31**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “para otorgar dichas garantías” por la siguiente oración: “o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia conforme la letra c) del artículo 4°”.

La **indicación N° 32**, del Presidente de la República, propone el reemplazo del inciso tercero por otro, que innova exclusivamente en cuanto precisa que esta norma se aplica sólo respecto de la acumulación del deducible.

INFOFME COMISION HACIENDA

La **indicación Nº 33**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar en la parte inicial del inciso tercero, a continuación de la expresión "Salud Previsional", y antes del punto seguido (.), lo siguiente: ", siempre que se encuentre imposibilitado de acceder a uno de estos".

La **indicación Nº 34**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la parte final del inciso tercero por otra, que señala dos reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital a que se refiere el mismo inciso:

a) desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y

b) para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento.

La **indicación Nº 35**, del Presidente de la República, propone sustituir el inciso cuarto, por otro que, manteniendo la obligación del beneficiario de dar aviso de un evento de urgencia en el término de 72 horas, cuenta este plazo desde el ingreso del mismo al establecimiento de salud y agrega que, en caso de imposibilidad, el director del prestador institucional deberá informar dicha circunstancia a la Superintendencia de Salud.

La **indicación Nº 36**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso cuarto por otro, que impone al establecimiento la obligación de dar aviso a la Superintendencia de Salud del hecho de haber recibido a una persona afectada por una urgencia. Además, la indicación propone fijar un plazo de 24 horas para cumplir este deber y señala que deberá indicarse la identidad del sujeto en cuestión.

La **indicación Nº 37**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso quinto por otro, que hace referencia a las reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital propuestas por los mismos autores mediante la indicación Nº 34 --que señalan que desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y que para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento en que se efectúe esta hospitalización— estipulando que las mismas se aplicarán sólo hasta que el establecimiento que haya recibido al paciente determine que éste se encuentra en condiciones de ser trasladado.

- Fue retirada en el segundo informe de la Comisión de Salud.

INFOFME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 38**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso sexto por otro, que se sitúa en la hipótesis de que se ha autorizado el traslado y señala las siguientes reglas al efecto.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por la mantención de éste en el establecimiento u optan por el traslado a un establecimiento que no forme parte de la Red Asistencial o sea distinto de aquél o aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán desde entonces las coberturas de Fonasa en su modalidad de libre elección o del plan complementario, según corresponda. Los copagos que se generen no se contabilizarán para el cálculo del deducible.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por el traslado de éste a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán las coberturas del Régimen y los copagos que se generen se contabilizarán para el cálculo del deducible.

La **indicación N° 39**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, en el inciso séptimo, a continuación de la palabra "posterioridad", lo siguiente: "a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente".

La **indicación N° 40**, formulada por el Presidente de la República, para agregar, en inciso final del artículo 9º, antes de la palabra "reiniciará" las palabras "iniciará o".

La **indicación N° 41**, del Presidente de la República, propone un inciso final, nuevo, que otorga a la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la facultad de resolver las discrepancias que surjan respecto de la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave.

La proposición contenida en la **indicación N° 42**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, dispone que los conflictos médicos relativos a un eventual traslado serán resueltos, en única instancia, por un perito médico que forme parte de una lista que al efecto mantenga la Superintendencia de Salud. La indicación agrega que los requisitos para inscribirse en la lista, los aranceles respectivos, el procedimiento de designación de los peritos y demás aspectos relacionados serán establecidos por la Superintendencia de Salud a través de normas de aplicación general.

INFOFME COMISION HACIENDA

- **La Comisión aprobó, sin enmiendas, la indicación número 31; rechazó la indicación número 33 y aprobó, con modificaciones, las indicaciones números 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40 y 41, en la forma que se señala en su oportunidad. El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo.**

Artículo 18

Limita los incrementos en el valor de la Prima Universal a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo recae la **indicación N° 49**, del Presidente de la República, que propone suprimir la palabra "real", y agregar, entre la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", la palabra "Real". Ella corrige un error de redacción en la denominación del Índice en cuestión.

- **Fue aprobada con modificaciones, en la forma que se consigna en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García, Lavandero y Viera-Gallo.**

Artículo 28

Prescribe que para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

- **La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y**

señores Boeninger, García y Lavandero, con enmiendas encaminadas a precisar que se refiere a las Garantías Explícitas.

Artículo primero transitorio

Es del siguiente tenor:

“Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, las Garantías Explícitas entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.”.

- Fue aprobado, con enmiendas, en la forma que se consigna en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

Artículo segundo transitorio

INFOFME COMISION HACIENDA

Limita el cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del Nº 3 del artículo primero transitorio. Al efecto dispone que ésta no podrá exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado entre el mes precedente a la promulgación del decreto del Nº 1 del citado artículo primero transitorio y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo inciden las indicaciones Nºs 102 y 103.

La **indicación Nº 102**, del Presidente de la República, propone suprimir, en el artículo segundo, la palabra "real", y agregar, entre la expresión "Índice General" y las palabras "de Remuneraciones", la palabra "Real". Como otras semejantes, corrige una deficiencia en la denominación del Índice en cuestión.

La **indicación Nº 103**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, persigue agregar, antes del punto aparte, la siguiente oración final: "y, en todo caso, deberá ser capaz de cubrir las Garantías Explícitas que se contemplen en el respectivo decreto".

- La Comisión aprobó la indicación número 102, sin modificaciones, y la indicación número 103, con enmiendas, en la forma que se señala en su oportunidad, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

Artículo tercero transitorio

Dispone que la garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley Nº 19.937.

Artículo cuarto transitorio

La Comisión de Salud incorporó un artículo cuarto, transitorio, en virtud de la aprobación de la **indicación Nº 104**, de S. E. el Presidente de la República, que propone un artículo transitorio, nuevo, que señala que las normas sobre mediación establecidas en el Título III, Párrafo II, "De la Mediación", entrarán en vigencia el 1º de enero de 2006.

INFOFME COMISION HACIENDA

- La Comisión aprobó, con enmiendas, la indicación número 104, suprimiendo los artículos tercero y cuarto, transitorios, e incorporando, en su lugar, un nuevo artículo tercero transitorio que recoge, entre otras materias, las normas de los artículos tercero y cuarto transitorios antes descritos, según se consigna en su oportunidad. La Comisión adoptó este acuerdo con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

Artículo quinto transitorio

La Comisión de Salud incorporó un artículo quinto transitorio, del siguiente tenor:

“Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase “Régimen de Garantías en Salud”, por la frase “Régimen General de Garantías en Salud.”.

- Fue aprobado, con modificaciones, de la forma que se señala en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, García y Lavandero.

- - -

Cabe señalar que la Honorable Senadora señora Matthei manifestó su preocupación por la situación en que quedarán, con la probación del proyecto en informe, aquellas personas que tienen planes de salud que no consultan el pago de honorarios médicos.

- - -

FINANCIAMIENTO

INFOFME COMISION HACIENDA

El informe financiero sustitutivo de la iniciativa, de fecha 3 de agosto de 2004, señala:

“ Esta iniciativa contempla los mecanismos legales para establecer e implementar un régimen de garantías en salud, dotando al Ministerio de Salud de las atribuciones para definir prioridades sanitarias y garantías explícitas. El régimen en cuestión se revisará periódicamente y se establecerá en un decreto supremo del Ministerio de Salud suscrito además por el Ministerio de Hacienda.

El proyecto establece el mecanismo a través del cual se determinarán las garantías que se asegurarán a los usuarios del sistema de salud, del sistema de fiscalización sobre dichas garantías, pero no las garantías mismas. De acuerdo al proyecto, las garantías se fijarán por decreto supremo y posteriormente se actualizarán cada tres años, tomando en consideración entre otras materias, los recursos disponibles para su financiamiento. El costo máximo en régimen para un total de 56 patologías con garantías explícitas será de 3,06 unidades de fomento por beneficiario, que corresponde a la prima universal anual. Considerando la población beneficiaria validada del Sector Público para el año 2003, el costo anual máximo de las garantías del régimen ascendería a \$ 553.464 millones.

Los recursos fiscales requeridos para financiar el régimen de garantías en salud se determinarán en la Ley de Presupuestos de cada año a contar de la entrada en vigencia del primer régimen, imputándose para este efecto los recursos que inicialmente se destinaban al financiamiento de prestaciones para la atención de las patologías consideradas. Con el objeto de apoyar dicho financiamiento, en septiembre de 2003 se aprobó el proyecto de ley que aumentó en un punto porcentual la base del impuesto al valor agregado.

Los recursos para financiar la aplicación de esta ley en el año 2005 se considerarán en la Ley de Presupuestos de dicho año, los que de acuerdo al artículo primero transitorio del proyecto no podrán ser superiores a 1,02 unidades de fomento por beneficiario y se aplicarán a un máximo de 25 patologías o condiciones de salud con garantías explícitas. A este respecto, vale tener presente que en el presupuesto del año 2004 se incluyó \$ 43.870 millones, destinados al financiamiento de 17 patologías o condiciones de salud bajo el Plan Piloto AUGE.”.

En consecuencia, las normas del proyecto no producirán desequilibrios presupuestarios ni incidirán negativamente en la economía del país.

- - -

INFOFME COMISION HACIENDA

MODIFICACIONES

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de proponeros la aprobación del proyecto de ley en informe, con las siguientes modificaciones:

Artículo 7º

Incisos segundo y tercero

Reemplazarlos, por los siguientes:

“En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, o del primer evento, según corresponda. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.”.

(Unanimidad 5x0, indicaciones números 22, 26, 27 y 29).

Artículo 8º

Reemplazarlo, por el siguiente:

“Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley,

INFOFME COMISION HACIENDA

promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.”.

(Unanimidad 5x0, artículo 121 del Reglamento del Senado).

Artículo 9º

Letra b)

Reemplazarla, por la siguiente:

“b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.”.

Letra c)

Sustituirla, por la siguiente:

“c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.”.

Inciso final

Reemplazarlo, por el siguiente:

INFOFME COMISION HACIENDA

“En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.”.

(Unanimidad 5x0, indicaciones números 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40 y 41).

Artículo 18

Sustituirlo, por el siguiente:

“Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.”.

(Unanimidad 5x0, indicación número 49).

Artículo 28

Sustituir los vocablos “el Régimen” por las palabras “dichas Garantías Explícitas”.

(Unanimidad 5x0, artículo 121 del Reglamento del Senado).

Artículos Transitorios

Artículo primero

INFOFME COMISION HACIENDA

Reemplazarlo, por el siguiente:

“Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 2,04 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 3,06 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, las Garantías Explícitas entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.”.

(Unanimidad 4x0, artículo 121 del Reglamento del Senado).

Artículo segundo

Sustituirlo, por el siguiente:

“Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud indicadas en el N° 1 del artículo anterior y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir el costo esperado de las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.”.

(Unanimidad 4x0, indicaciones números 102 y 103).

INFOFME COMISION HACIENDA

Artículos tercero y cuarto

Suprimirlos.

(Unanimidad 4x0, artículo 121 del Reglamento del Senado).

- - -

Consultar el siguiente artículo tercero transitorio, nuevo:

"Artículo tercero.- La normas de la presente ley regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el numeral 1, del artículo primero transitorio, conforme a las normas de dicho artículo, salvo las siguientes excepciones:

1.- El decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda que establezca las Garantías Explícitas en Salud, señaladas en el numeral 1 del artículo primero transitorio, podrá dictarse a contar de la fecha de publicación de esta ley y no le será aplicable el procedimiento de determinación de las Garantías Explícitas. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

2.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

3.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III de esta ley entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

4.- La exigencia de que el médico se encuentre registrado en la Superintendencia de Salud, contenida en el inciso final del artículo 9° de esta ley, se hará efectiva de acuerdo al numeral 2 precedente."

(Unanimidad 4x0, indicación número 104 y artículo 121 del Reglamento del Senado).

- - -

Artículo quinto

Pasa a ser artículo cuarto. Reemplazar su inciso primero, por el siguiente:

INFOFME COMISION HACIENDA

"Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933 y del decreto ley Nº 2.763, de 1979, en el que se incluirá la Superintendencia de Salud creada en la ley Nº 19.937.".

(Unanimidad 4x0, artículo 121 del Reglamento del Senado).

- - -

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY

En virtud de las modificaciones que se han señalado, el proyecto de ley quedaría como sigue:

PROYECTO DE LEY:

"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN **GENERAL** DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1º
Disposiciones Generales

Artículo 1º.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley Nº 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley Nº 18.469.

Artículo 2º.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de

Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

Artículo 4º.- Para los efectos previstos en el artículo 2º, se entenderá por:

a) **Garantía Explícita de Acceso:** Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.**

INFOFME COMISION HACIENDA

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, **en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.**

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.** Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.

Párrafo 2°

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional **de cargo de dichos organismos, según corresponda**, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por

INFOFME COMISION HACIENDA

enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.** En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.** En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, **o del primer evento, según corresponda.** Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.

Artículo 8°.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento

INFOFME COMISION HACIENDA

será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.** En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.** En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9°.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional **o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4°.**

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

INFOFME COMISION HACIENDA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en

condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Párrafo 3º

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, **expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.**

Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

INFOFME COMISION HACIENDA

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus **prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan** un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

INFOFME COMISION HACIENDA

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, **entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen **y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud.** Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°

Del Consejo Consultivo

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

INFOFME COMISION HACIENDA

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros **ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud**, durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

INFOFME COMISION HACIENDA

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. **Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.**

Un reglamento **dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento**, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años **y así sucesivamente.**

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

INFOFME COMISION HACIENDA

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º de este Título.

Párrafo 6º

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. **En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.**

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán **atenderse en** la Red Asistencial que les corresponda. **Asimismo, deberán acceder a ésta** a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, **y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.**

INFOFME COMISION HACIENDA

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen **General** de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por **dichas Garantías Explícitas**, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para **que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen** de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a **las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2° de esta ley**: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

INFOFME COMISION HACIENDA

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

Párrafo 7°
Otras obligaciones

Artículo 31.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 32.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por el Índice General **Nominal** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, **entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

Artículo 33.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II
DISPOSICIONES VARIAS

INFOFME COMISION HACIENDA

Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 **y sus causantes de asignación familiar.**”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), por lo siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen **General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud **y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.**”.**

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

INFOFME COMISION HACIENDA

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por **aquél** o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras "afiliado" y "afiliados", por "beneficiario" y "beneficiarios", respectivamente, y la frase "servicio público", por "organismo de la administración del Estado".

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra "afiliado" por "beneficiario".

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen

INFOFME COMISION HACIENDA

General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley Nº 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen **General** de Garantías en Salud.”.

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

”c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en la modalidad de libre elección”; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

”El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5º de este Título.”.

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

”Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 30 de la ley que establece el Régimen **General** de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5º, nuevo, pasando los actuales párrafos 5º y 6º a ser 6º y 7º:

”Párrafo 5º

De las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

INFOFME COMISION HACIENDA

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

INFOFME COMISION HACIENDA

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículo 36.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 37.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen **General** de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO III
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Párrafo I
Disposiciones Generales

Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

Artículo 41.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

INFOFME COMISION HACIENDA

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

INFOFME COMISION HACIENDA

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

INFOFME COMISION HACIENDA

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se

INFOFME COMISION HACIENDA

oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley N° 19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 7º del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

INFOFME COMISION HACIENDA

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen **General** de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud **y la** Prima Universal anual no **podrá ser** superior a **1,02** unidades de fomento.

INFOFME COMISION HACIENDA

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud **y la** Prima Universal anual no **podrá ser** superior a **2,04** unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud **y la** Prima Universal anual no **podrá ser** superior a **3,06** unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, **las Garantías Explícitas entrarán** en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, **entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud indicadas en el N° 1 del artículo anterior y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir el costo esperado de las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.**

Artículo tercero.- La normas de la presente ley regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto que establezca las garantías Explícitas en Salud señaladas en el numeral 1, del artículo primero transitorio, conforme a las normas de dicho artículo, salvo las siguientes excepciones:

1.- El decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda que establezca las Garantías Explícitas en Salud, señaladas en el numeral 1 del artículo primero transitorio, podrá dictarse a contar de la fecha de publicación de esta ley y no le será aplicable el procedimiento de determinación de las Garantías Explícitas. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

2.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y

registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

3.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III de esta ley entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

4.- La exigencia de que el médico se encuentre registrado en la Superintendencia de Salud, contenida en el inciso final del artículo 9° de esta ley, se hará efectiva de acuerdo al numeral 2 precedente.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979, en el que se incluirá la Superintendencia de Salud creada en la ley N° 19.937.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud", por la frase "Régimen General de Garantías en Salud."

- - -

Acordado en sesión de fecha 3 de agosto de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Jorge Lavandero Illanes (Presidente accidental), señora Evelyn Matthei Fonet y señores Edgardo Boeninger Kausel, José García Ruminot y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Sala de la Comisión, a 4 de agosto de 2004.

INFOFME COMISION HACIENDA

ROBERTO BUSTOS LATORRE
Secretario

INFOFME COMISION HACIENDA

RESUMEN EJECUTIVO
INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, ACERCA DEL PROYECTO DE
LEY QUE ESTABLECE EL REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD.
(Boletín N° 2.947-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:

- Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.
- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.
- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.
- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que canalice la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.
- Asegurar la exigibilidad de las garantías.
- Adecuar las leyes N° 18.469 y N° 18.933 a los cambios generados por el proyecto.
- Regular la implementación gradual del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.
- Regular la responsabilidad extracontractual del Estado y los aseguradores y prestadores privados en el área de la salud.

II. ACUERDOS:

Indicación número 22: aprobada sin modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 26: aprobada sin modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 27: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 28: rechazada, unanimidad 5x0.
Indicación número 29: aprobada sin modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 31: aprobada sin modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 32: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.

INFOFME COMISION HACIENDA

Indicación número 33: rechazada, unanimidad 5x0.
Indicación número 34: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 35: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 36: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 38: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 39: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 40: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 41: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 49: aprobada con modificaciones, unanimidad 5x0.
Indicación número 102: aprobada sin modificaciones, unanimidad 4x0.
Indicación número 103: aprobada con modificaciones, unanimidad 4x0.
Indicación número 104: aprobada con modificaciones, unanimidad 4x0.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de 55 artículos permanentes y de cuatro transitorios.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: no hay.

V. URGENCIA: "suma"

VI. ORIGEN INICIATIVA: Mensaje del Presidente de la República.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: 15 de enero de 2003.

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 21 de enero de 2003.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: informe de la Comisión de Hacienda.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;

INFOFME COMISION HACIENDA

b) Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley. No 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

f) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

g) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

h) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

i) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

j) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

k) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.

l) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.

m) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.

n) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.

INFOFME COMISION HACIENDA

ñ) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.

o) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

p) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.

q) Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, Capítulo III, Párrafo 1º, sobre notificaciones.

r) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

s) Código Sanitario, artículo 36, sobre facultades presidenciales en caso de emergencia sanitaria.

t) Código Penal, artículo 247, violación del secreto profesional o funcionario.

u) Decreto con fuerza de ley N° 1, de Hacienda, de 1993, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley orgánica del Consejo de Defensa del Estado.

Valparaíso, 4 de agosto de 2004.

ROBERTO BUSTOS LATORRE
Secretario de la Comisión

DISCUSION SALA

2.7. Discusión en Sala

Legislatura 351, Sesión 18, de 04 de agosto de 2004. Aprobado en particular con modificaciones.

ESTABLECIMIENTO DE RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD (PLAN AUGE)

El señor LARRAÍN (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece el Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE), con segundo informe de la Comisión de Salud e informe de la Comisión de Hacienda. La urgencia ha sido calificada de "simple".

--Los antecedentes sobre el proyecto (2947-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En segundo trámite, sesión 26ª, en 21 de enero de 2003.

Informes de Comisión:

Salud, sesión 53ª, en 4 de mayo de 2004.

Salud (complementario), sesión 58ª, en 18 de mayo de 2004.

Salud (segundo), sesión 17ª, en 4 de agosto de 2004.

Hacienda, sesión 17ª, en 4 de agosto de 2004.

Discusión:

Sesión 59ª, en 19 de mayo de 2004 (se aprueba en general).

El señor LARRAÍN (Presidente).- Debo señalar que en esta oportunidad no disponemos de un boletín comparado. Empero, como va a explicar el señor Secretario, afortunadamente son pocas las votaciones que deberemos enfrentar. De manera que no debería ser difícil seguir la discusión del proyecto.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite plantear una cuestión de orden, señor Presidente?

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, como la mayor parte de las modificaciones introducidas en el segundo informe se aprobaron por unanimidad en la Comisión, tal vez sería mejor para el debate que no fuéramos una a una, sino que se nos permitiera a algunos Senadores referirnos a la globalidad de ellas.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Estamos en discusión particular, Su Señoría. Por lo tanto, procederemos de acuerdo con el Reglamento.

DISCUSION SALA

Ahora, si el señor Senador quiere hacer uso de la palabra respecto de una materia, le ruego solicitar discutirla. De lo contrario se darán por aprobadas todas las enmiendas y no va a haber debate.

Solicito autorización para que ingrese a la Sala el Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval Orellana.

--Se accede.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La iniciativa fue aprobada en general el 19 de mayo del año en curso.

Las Comisiones de Salud y de Hacienda dejan constancia de que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones los artículos 6º, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 35 y 36, por lo que deben darse por aprobados, según lo dispone el inciso primero del artículo 124 del Reglamento, salvo que algún señor Senador, con la unanimidad de la Sala, solicite someterlos a discusión y votación. Estas disposiciones requieren simple mayoría para ser aprobadas.

--Quedan aprobados reglamentariamente.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Las restantes constancias reglamentarias se contienen en los informes correspondientes.

Las modificaciones efectuadas al proyecto aprobado en general por la Comisión de Salud fueron acordadas por unanimidad, con excepción de una. De hecho, inicialmente había dos, pero el Senador señor Boeninger retiró su abstención en una de ellas. Por su parte, la Comisión de Hacienda introdujo enmiendas al texto despachado por la de Salud, todas las cuales fueron acogidas unánimemente.

Cabe recordar que las modificaciones acordadas por consenso deben ser votadas sin debate, salvo que algún señor Senador, antes del inicio de la discusión particular, solicite discutir la proposición de la Comisión respecto de alguna de ellas o que existan indicaciones renovadas. Las enmiendas acordadas unánimemente no requieren quórum especial para su aprobación.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Consulto a la Sala si algún señor Senador desea debate y votación aparte respecto de alguna de las enmiendas que han sido aprobadas por unanimidad.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, yo pretendo algo distinto: que la Mesa solicite autorización a la Sala para ofrecer la palabra por cinco minutos a quienes deseamos explicar puntos importantes de la iniciativa.

Ahora, si no hay unanimidad para proceder de esa manera, pido que se discuta el artículo 1º.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Si le parece a la Sala, concederemos cinco minutos a los integrantes de las Comisiones que participaron en el

DISCUSION SALA

estudio del proyecto, porque entiendo que no hay nadie que desee pedir votación separada de los artículos aprobados por unanimidad en la Comisión respectiva.

El señor RÍOS.- No sólo los integrantes, señor Presidente.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Así es, Su Señoría: cualquier Senador que lo solicite, por cinco minutos.

Si le parece a la Sala, se procederá de ese modo, dándose por aprobados todos los artículos ya acogidos unánimemente.

--**Así se acuerda.**

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, después de un debate que tomó mucho tiempo en la Comisión de Salud, yo diría que del segundo informe y de la discusión habida en la Comisión de Hacienda podemos destacar cuatro aspectos relevantes -tal vez cinco- para que los señores Senadores dispongan de una información adecuada.

Primero, la concreción del afán de reordenar y ubicar de manera más razonable las definiciones, específicamente del significado del AUGE, de las garantías en salud, del papel que cada uno de los instrumentos creados puede jugar en la nueva concepción, que no es otra cosa que el dar la máxima seguridad a todas las personas, garantizando lo que hoy se tiene, más la llamada "garantía explícita", que corresponde a un número creciente (17, 40, 57) de enfermedades con cobertura total, es decir, financiera, de acceso, de seguridad y de oportunidad.

El segundo gran tema que tratamos, referido a una nueva redacción hecha en la Comisión, es la garantía, dentro de lo posible, de que las enfermedades no AUGE reciban un tratamiento tal que no sobrepase las necesidades emanadas del AUGE.

Inicialmente se planteó un presupuesto separado; no se logró, y, en último término, quedamos con una definición que brinda la seguridad de la cobertura del Estado en la medida de sus recursos, diferencia esencial con las enfermedades del AUGE, que cuentan con cobertura a todo evento y con garantía de que no serán sobrepasadas.

El tercer elemento -estoy haciendo una exposición muy simple y rápida- se relaciona con la normativa -introducida en la nueva discusión sobre las garantías del Estado- atinente a cómo se va a garantizar la acción estatal para cubrir los eventuales daños, tratando de conciliar tres elementos claves: primero, que la persona afectada reciba la acción del Estado de manera razonable y simple; segundo, que se garantice que no haya abuso contra el patrimonio fiscal, y tercero, que exista sujeción a un marco distinto, para lo cual se introduce un cuarto elemento, que es la mediación.

Por primera vez en materia de salud se incorpora este modelo de tratamiento de los problemas.

¿Qué buscamos con eso?

DISCUSION SALA

Primero, evitar la judicialización excesiva de las acciones de medicina, o de las negligencias, o de los errores. Segundo, procurar que la persona sea objeto de un litigio más razonable, sin que deba soportar todo el peso del eventual daño y, además, acudir a los procedimientos de la justicia, donde la mayormente perjudicada es la parte más débil. Y tercero, tratar de que, en lo posible, no se produzca la demanda exagerada que de repente vemos registrarse en esta materia, lo que puede llevar a situaciones muy difíciles, como la permanente acción, sin ninguna justificación real, contra los hospitales.

Por eso, señor Presidente, creemos que este proyecto ha sido mejorado en el segundo trámite reglamentario. Puede haber discusiones de fondo sobre el procedimiento y la manera de operar. Sin embargo, incluso para quienes tenemos limitaciones a los efectos de considerarlo como algo perfecto en su totalidad -nada perfecto existe en el accionar humano-, constituye un avance.

En consecuencia, a la luz de las modificaciones hechas en el segundo informe para mejorar resultados en la salud actual (las enmiendas introducidas en la Comisión de Hacienda fueron más bien formales), creemos que vale la pena aprobar la iniciativa tal como está.

Por último, como reglamentariamente deberemos realizar en la Sala una o dos votaciones, me adelanto a cambiar una abstención que hice presente en la Comisión de Salud. Ello, para contribuir al pronto despacho del proyecto.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, además de lo que acaba de explicar muy bien el Senador señor Ruiz-Esquide, debo señalar que resulta importante dejar absolutamente claro, primero, que el AUGE forma parte del régimen general de garantías para las prestaciones a que tienen derecho los usuarios tanto del sector público como del privado; y segundo, que la especialidad consiste en que quedan garantizadas de manera explícita la oportunidad del tratamiento y la protección financiera.

De otro lado, se establece con mucha precisión el monto posible del copago. No lo voy a repetir aquí, pero considero muy significativo recordar que los grupos A y B de FONASA deberán recibir cobertura total gratuita y que los grupos C y D tendrán diversas garantías con topes financieros.

La otra novedad consiste en que en el segundo informe de la Comisión de Salud se precisa mejor qué ocurre cuando existe una urgencia médica. Los gastos derivados de ella, hasta lograr la estabilización del paciente cuya patología se encuentra cubierta por el AUGE, deben imputarse en general al tope máximo de cargo del usuario, dependiendo de una serie de mecanismos que se establecen en el articulado.

DISCUSION SALA

Por último, un capítulo especial asume el problema existente en Chile y en muchos otros países del mundo respecto de la judicialización de las prácticas médicas. En él se precisa con mayor rigor la responsabilidad estatal en caso de daño, dejándose de lado la teoría de la responsabilidad objetiva del Estado y asumiéndose la de la falta de servicio.

La falta de servicio es un concepto suficientemente precisado en la doctrina jurídica y en el Derecho Administrativo. Y quien sufra el daño tendrá que probar la falta de servicio y que hay causa-efecto entre la falta de servicio y el daño sufrido, y deberá ejercer la acción para perseguir la responsabilidad del caso, que prescribirá en el plazo de cuatro años.

Como dijo el Senador señor Ruiz-Esquide, existe un sistema de mediación, donde interviene el Consejo de Defensa del Estado.

Para el ámbito privado, en cambio, se establece la responsabilidad de los órganos de ese sector por culpa -culpa leve o culpa grave- y, al mismo tiempo, se consagra un sistema de mediación obligatoria, pero esta vez a cargo, no del Consejo de Defensa del Estado, sino de la Superintendencia de Salud.

Ésta es una innovación importante, porque debiera dar satisfacción a una inquietud médica y de todos los establecimientos, públicos o privados, que tratan a los pacientes, con respecto al peligro de que los conflictos de salud originen juicios que a su vez den lugar a indemnizaciones que podrían entorpecer el otorgamiento de los servicios.

En este mismo proyecto, con el Senador señor Ruiz-Esquide planteamos a los distintos Ministros -en su momento, a los señores Huenchumilla, García, Eyzaguirre- la posibilidad de establecer para ciertas categorías una eliminación o una disminución en dos puntos del 7 por ciento de contribución al FONASA, especialmente para los pensionados más pobres, sobre todo aquellos que reciben una pensión de medio sueldo mínimo o de entre medio sueldo mínimo y un sueldo mínimo.

Ese planteamiento fue recogido en una primera conversación. Sin embargo, luego se nos comunicó que el Gobierno no iba a aceptarlo, por una serie de consideraciones de índole financiera.

Debo destacar que dicha propuesta forma parte del petitorio de la Unión Nacional de Pensionados de Chile. Y sería muy importante que el Senado, en alguna sesión posterior, se abocara a estudiar el planteamiento de los pensionados en general, a sabiendas de que se trata de una demanda muy costosa, pero también muy justa. Nosotros habíamos acotado en forma responsable esta petición que hasta ahora, por desgracia, no ha sido acogida. Hoy hemos enviado una carta a Su Excelencia el Presidente de la República, con la

DISCUSION SALA

esperanza de que él tenga una mejor comprensión de la justeza de esta solicitud.

Gracias.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, seré muy breve.

Para la historia de la ley, quiero dejar constancia de que, si bien hay expresiones que podrían aclarar el concepto a que aludiré, de la lectura de los artículos pueden surgir algunas variaciones.

En primer lugar, se deduce nítidamente -de esta manera al menos las entiendo yo, y así las votaré- que todas las disposiciones sobre incorporación de patologías en el Plan AUGE se estiman comprendidas en la responsabilidad del FONASA y de las ISAPRE. No es sólo una acción de ese Fondo. Y de este modo quiero interpretarlo, por cuanto el artículo 2º dice que "Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional", etcétera. Deseo creer que ése es finalmente el criterio de la Comisión y de la norma.

Segundo, el artículo 1º establece: "elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país.". Se infiere que la expresión "y a los recursos de que disponga el país" está regida fundamentalmente por los montos establecidos en las normas previsionales y en el Presupuesto de la Nación, en lo que se refiere tanto al sector público como a los recursos de las instituciones privadas. Lo lógico habría sido decir: "y los recursos de salud de que disponga el país", para los efectos de no dar una connotación demasiado extensa a lo que deba incorporarse a las obligaciones de cumplimiento del Plan AUGE.

Quería hacer presente estas dos inquietudes. Y si no hay opinión distinta, pido que queden consignadas en la historia de la ley.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- A continuación, tiene la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, quién diría, al ver hoy día la Sala, que estamos despachando un proyecto que en su momento generó discusiones apasionadas, amenazas de paro en los hospitales, protestas de los gremios de la salud, votaciones divididas en la Cámara de Diputados, etcétera. Y el Senado lo va a despachar hoy en unos minutos, gracias a que todo viene resuelto prácticamente por unanimidad. Ello se ha logrado por el trabajo muy paciente y flexible del señor Ministro, que posibilitó un buen diálogo; por el de todos cuantos participaron en esta tarea -aludo a Parlamentarios, a todos los asesores, incluidos los del Ministerio de Hacienda, al doctor Hernán Sandoval, quien ideó el tema del AUGE-; y, naturalmente, por la brillante conducción del Presidente de la Comisión de Salud, Honorable señor Ruiz-Esquide.

DISCUSION SALA

Todo el mundo sabe que en salud estamos ante un tremendo escalamiento de costos, de alrededor de 10 u 11 por ciento anual. O sea, tanto en el sector privado como en el público tales costos crecen a una tasa insostenible. Tal incremento se debe básicamente al envejecimiento de la población, a que la gente exige sus derechos mucho más que antes, a que hay procedimientos y medicamentos nuevos que permiten descubrir y tratar enfermedades que en el pasado era imposible diagnosticar ni curar y ahora sí, pero a precios muy elevados.

Por lo tanto, se debe hacer un enorme esfuerzo de racionalización para aumentar, en todos los rubros factibles, la eficiencia en salud. La eficiencia se puede incrementar de dos maneras: una, en la administración de salud como tal, lo que no necesariamente se relaciona con temas médicos. Por ejemplo, dotar de agua potable y alcantarillado permite a la población disminuir las enfermedades infecciosas y constituye una buena administración, aunque no tenga nada que ver con prestaciones de salud.

La otra manera consiste en mejorar la eficiencia en la administración de los hospitales y servicios de salud. Ya lo hicimos con la ley sobre autoridad sanitaria, donde avanzamos mucho en el ordenamiento del sector público, del Ministerio de Salud, de los hospitales autogestionados, etcétera.

Yo diría, señor Presidente, que el Plan AUGE es un gran paso para elevar la eficiencia de la administración de salud. Básicamente, se trata de concentrar recursos en aquellas enfermedades que, enfrentadas en forma rápida y oportuna, pueden extender una vida sana o mejorar ostensiblemente la calidad de vida de quienes las sufren. Y, en ese sentido, valga un solo ejemplo: no es lo mismo gastar 10 millones de pesos para tratar un cáncer incurable de una persona de 85 años que destinar la misma cantidad a tratar un cáncer curable en un niño. Creo que esto grafica lo que, en el fondo, pretende hacer el Plan AUGE: invertir recursos donde realmente rindan en materia de salud.

En mi opinión, ésta es una buena idea. La apoyamos desde un principio y creemos que ha sido perfeccionada de manera importante.

También se mejora la eficiencia en la administración de salud mediante la dictación de protocolos. En verdad, muchos desembolsos son absolutamente innecesarios: se practican exámenes y procedimientos superfluos, y todo eso aumenta el gasto. Al disponerse de protocolos y de una atención cerrada, se producen enormes ahorros.

Asimismo, como señalaba el Senador señor Viera-Gallo, se espera que, con una mejor resolución de conflictos, de alguna manera se reduzca la escalada de costos, porque muchos procedimientos y exámenes ordenados por los facultativos son una forma de asecurarse

DISCUSION SALA

de que el día de mañana no sean objeto de juicios por negligencia médica.

Como señalé, se trata de un muy buen proyecto, y me alegro de que se esté tratando ahora sin ningún dramatismo, porque es la mejor señal de que hemos logrado construir una iniciativa de ley en la cual todos concordamos. Espero que la Cámara de Diputados la ratifique en los mismos términos en que la despacharemos.

Gracias.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, si uno pudiera señalar el artículo que constituye la columna vertebral de esta iniciativa, tendría que remitirse al artículo 2º, inciso segundo, que expresa: "Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan."

Éste es el corazón del proyecto, porque, como manifesté con ocasión de la ley sobre autoridad sanitaria y en la discusión general de la iniciativa en debate -que apoyamos desde un comienzo, que perfeccionamos y que cambiamos, por qué no decirlo, en algunos aspectos sustanciales, con relación al texto que venía de la Cámara de Diputados-, no cabe duda de que el mayor avance lo constituye el otorgar a la gente el derecho a ser atendida por determinadas enfermedades. Y ello, con cuatro características que hoy no existen: primera, acceso a la salud; segunda, calidad de la atención que se proporcionará; tercera, la protección financiera, que para muchas familias resulta un drama, porque hay enfermedades que escapan a la posibilidad real de ser atendidas a tiempo y de ser cubiertas con los recursos de que disponen; y cuarta, la oportunidad, en cuanto al plazo de atención, que genera largas listas de espera.

Pues bien, esta iniciativa legal otorga por primera vez derechos específicos a la ciudadanía respecto de un conjunto de enfermedades o problemas médicos que puede sufrir. Ello constituye un cambio radical en cuanto a la forma como se atiende la salud. Pero eso es insuficiente, porque se requiere una buena gestión.

Con el proyecto de ley de autoridad sanitaria, más el que estamos despachando, hemos realizado un gran esfuerzo por avanzar en la obtención de una mejor gestión en los hospitales públicos y también en las clínicas privadas que estén operando en red dentro del sistema de salud, que abarcará desde el consultorio hasta el hospital de nivel uno, que es el de mayor complejidad.

¿Qué persigue la iniciativa, en el fondo? Como en la sociedad chilena existe una multiplicidad de problemas médicos, se establece un tratamiento preferente respecto de los más frecuentes y habituales y de los que producen un mayor impacto sanitario.

DISCUSION SALA

¿Quiénes van a determinar los problemas médicos que tendrán un tratamiento preferente? Sobre el particular, hemos hecho un gran esfuerzo para que lo hagan las personas con más experiencia en materia de salud.

Una vez determinados esos problemas, quienes los sufran tendrán derecho a exigir del Estado una atención de calidad y con protocolos médicos que les garanticen una atención que les permita curar su enfermedad o, a lo menos, paliar sus efectos

Asimismo, dispondrán de un tiempo en el cual serán atendidos, evitando que se juegue al "compra huevos" con los pacientes, como ocurre hoy día, en que permanentemente son trasladados de un hospital a otro.

También los enfermos tendrán la seguridad de que ni ellos ni su familia se van a empobrecer por años, porque va a existir una protección financiera, con un límite de recursos de que se disponga para pagar.

Creo que el solo hecho de que la sociedad chilena esté hoy, a través del Gobierno y del Parlamento, aceptando el reto de otorgar el derecho a acceder a una atención con estas características es un avance gigantesco. Constituye no sólo un enorme desafío para el Estado, que va a tener que ser eficiente, sino también, y particularmente, para los funcionarios del sistema de salud, porque deberán responder a las expectativas de la opinión pública. Ello envuelve un cambio cultural de la sociedad, porque habrá que acostumbrarse a recurrir a la red de atención de salud, de acuerdo con el procedimiento de ingreso, que empieza en los consultorios. De esa manera se va a evitar que, por no concurrir al lugar que corresponde, se produzcan atochamientos que imposibilitan una adecuada atención.

En síntesis, señor Presidente, me alegro mucho de haber formado parte de la Comisión de Salud durante la tramitación de este proyecto de ley. Creo que la labor, como destacó la Honorable señora Matthei -que también se desempeñó como Presidenta y cumplió un papel notable junto al actual Presidente, Honorable señor Ruiz-Esquide-, fue francamente beneficiosa. Considero que se está haciendo un gran aporte al país.

Por último, quiero señalar que si todas las iniciativas de ley se tramitaran con la voluntad exhibida en esta oportunidad,...

El señor LARRAÍN (Presidente).- Ha concluido su tiempo, señor Senador.

El señor ESPINA.- ... podríamos despachar muchos proyectos igualmente beneficiosos para Chile.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, junto con adherir a lo expresado por los Honorables colegas de la Comisión de Salud, deseo destacar también el espíritu de trabajo serio y la enorme voluntad de llegar a acuerdos con que en ella se laboró durante muchos meses, tanto en

DISCUSION SALA

este proyecto como en los anteriores, referentes a la autoridad sanitaria y a la ley corta de las ISAPRE.

Ciertamente, me sumo no sólo a las felicitaciones a los Presidentes de la Comisión -ahora el Honorable señor Ruiz-Esquide y con anterioridad la Senadora señora Matthei-, sino que también las hago extensivas al señor Ministro de Salud, a don Hernán Sandoval, a don Manuel Inostroza, a don Marcelo Tokman y a los demás asesores que participaron activamente.

No obstante haber ya opinado sobre el fondo de la iniciativa cuando se aprobó en general, quiero destacar, en forma sucinta, cuatro puntos.

Considero que el proyecto, junto con las leyes que despachamos anteriormente, tiene la potencialidad de ser el punto de partida de una verdadera revolución en la atención de salud. Y creo que lo hemos logrado, a lo menos en cuatro puntos.

Primero, se permite que la política de salud pueda ser llevada adelante de acuerdo con prioridades sanitarias, elaboradas de manera participativa, con el máximo de antecedentes científicos, de costos, etcétera.

Segundo, se otorga derecho de acceso, derecho a la calidad y garantías explícitas de oportunidad y de financiamiento.

Tercero, con el proyecto de autoridad sanitaria hemos realizado un avance muy importante en cuanto a mejorar sustancialmente la eficiencia de la gestión.

Y cuarto, el conjunto de todo esto, como dije al comienzo, implica potenciar un salto cualitativo en la salud.

Sin embargo, quedan fuera de la capacidad de operación de todo el sistema algunas tareas pendientes, entre ellas, y una de las más relevantes -en lo cual todos en la Comisión estuvimos de acuerdo-, la destinada a mejorar muy especialmente la calidad de la atención primaria.

Muchas gracias.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ávila.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, no quiero ser el aguafiestas de esta verdadera celebración consensual, pero pienso que es legítimo que apunte hacia un aspecto que ha sido ya definitivamente olvidado en todos los discursos que he oído esta tarde.

No puedo dejar de lamentar el hecho de que los acuerdos, respecto de los cuales muchos señores Senadores se han felicitado por alcanzarlos, se hayan logrado sobre la base de hacer sucumbir el Fondo de Compensación Solidario, que, en mi concepto, era el alma del proyecto.

El abandono de ese principio en una materia tan esencial y tan sensible resulta muy lamentable. A partir de esa abdicación, todo transitó por un camino pavimentado. Y esto se repite una y otra vez. Cuando la Derecha logra salvar aquellos aspectos que pudieren lesionar

DISCUSION SALA

algún interés económico, entonces, en ese minuto, se torna generosa, brinda los acuerdos y es posible arribar a soluciones aparentemente muy satisfactorias.

Pero ocurre que en este momento, cuando ya se tiene conocimiento de que el trámite del proyecto está arribando a su finalización, no sólo están contentos algunos sectores que sin duda se van a beneficiar, sino que también saltan de alegría los dueños de las ISAPRE. ¡Lograron su propósito! Esto es, que no se incluyese el Fondo de Compensación Solidario. Ése era el punto central. Ahí estaba el nudo del problema. Superado aquello, ya los dueños de las ISAPRE, con satisfacción, dicen: "Niños, lleguen a todos los acuerdos que ustedes quieran. Ya hemos salvado lo que a nosotros más nos preocupaba".

Por supuesto que, resuelto ese problema, todo lo demás es de fácil acuerdo, porque son mecanismos que permiten el funcionamiento de cierta idea, siempre con el mayor concurso del sector público en materia de aportes. El ámbito privado se resta de colaborar en un sistema de salud que está marcado por las gravísimas diferencias económicas existentes en la población. De ahí, entonces, que tenemos salud estratificada según la condición económica de los habitantes del país y no hemos conseguido...

El señor LARRAÍN (Presidente).- Ha concluido su tiempo, señor Senador.

El señor ÁVILA.-...un logro sustancial, que consistía en incorporar el principio de solidaridad en el proyecto, que, en mi concepto, emerge a la vida legal despojada de su esencia.

Por esa razón, y dado que la aprobación de la iniciativa no corre ningún riesgo, como una simple señal de protesta por la situación que he indicado, me abstengo.

El señor LARRAÍN (Presidente).- No estamos en votación, Su Señoría.

El señor ÁVILA.- Igual dejo constancia de ello.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Prokurica.

El señor PROKURICA.- Señor Presidente, después de escuchar el discurso de quien me antecedió en el uso de la palabra, me doy cuenta de lo fácil que es destruir el tremendo trabajo realizado en la Comisión de Salud.

Tuve que reemplazar a algunos de los miembros de ese órgano técnico y me consta que no fue fácil llegar a los acuerdos y a las soluciones que el proyecto contempla para tanta gente que hoy día hace fila esperando ser atendida en el sistema público de salud.

Es muy fácil criticar. Me habría gustado que ese señor Senador hubiese asistido a la Comisión y entregado su aporte, en vez de hacer críticas ahora, destruyendo el trabajo de mucha gente, tanto de Gobierno como de Oposición, con descalificaciones francamente infundadas.

Solicito a los representantes del Gobierno presentes en la Sala que, en lo posible, se tenga la misma disposición en otros temas, porque el país necesita construir acuerdos en todas las áreas. No

DISCUSION SALA

ayudan, ni mucho menos, las descalificaciones y críticas destempladas. Lo único que consiguen es destruir la labor realizada durante largo tiempo por diversos señores Senadores.

La Honorable señora Matthei me pide una interrupción, la que concedo con mucho gusto.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Con la venia de la Mesa, tiene la palabra Su Señoría.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, sostener que el Fondo de Compensación Solidario era el alma del proyecto AUGE sólo refleja la ignorancia que suele exhibir alegremente en esta Sala el Senador señor Ávila e implica menospreciar demasiado dicho Plan, por sobre toda la concepción que tiene en cuanto a un ordenamiento respecto de las enfermedades que deben tratarse con ciertas garantías explícitas y, también, con otras que se incluyen.

En primer lugar, debo señalar que la Concertación tenía los votos suficientes para aprobar el Fondo de Compensación Solidario y no requería los de la Oposición. Por lo tanto, si el Gobierno decidió conversar con nosotros fue pensando en que ello era lo mejor para el futuro de la iniciativa, y no porque necesitara nuestro apoyo, ya que es una materia de quórum simple, no calificado.

En segundo término, recordemos que para financiar el Plan AUGE aumentamos el IVA en un punto, lo que significa una recaudación adicional de 300 millones de dólares. El Fondo de Compensación Solidario no representaba más de 18 mil millones de pesos; es decir, cerca de 25 millones de dólares. En otras palabras, estamos hablando de apenas 8 por ciento de un punto del IVA.

Decir que ese 8 por ciento de financiamiento era el "alma" del Plan AUGE, sólo refleja la ignorancia absoluta del señor Senador que lo sostiene.

En tercer lugar, la solidaridad está plenamente presente en el proyecto de ley. Tanto es así que los afiliados de las ISAPRE, aunque sean de clase media baja, deberán pagar de su bolsillo una prima extra por el Plan AUGE. En cambio, a los del FONASA se los costearemos entre todos los chilenos por la vía del aumento del IVA. Ellos no aportarán un peso más del 7 por ciento actual en salud; recibirán la cobertura del AUGE en forma gratuita.

Como señalé, los cotizantes de las ISAPRE harán un pago adicional que saldrá de sus propios bolsillos. Pero no era suficiente. Se pretendía que pagaran el triple, lo cual significaba una expropiación absoluta.

Nosotros advertimos que lo que se intentaba hacer con ese Fondo era inconstitucional. Y anunciamos que recurriríamos al Tribunal Constitucional. ¡Eso fue lo que dijimos! Entonces, el Gobierno prefirió evitar ese conflicto y conformarse con el aumento del IVA, que efectivamente permitirá financiar el Plan AUGE para la gente acogida al FONASA.

DISCUSION SALA

En mi opinión, ya lo que la iniciativa otorga a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud es injusto para los afiliados de las ISAPRE. Por ejemplo, una persona de clase media que gana 400 mil pesos mensuales -que sin duda no es una persona rica- y está en una ISAPRE, deberá pagar por la cobertura del Plan AUGE. Pero quien perciba igual remuneración y pertenezca al FONASA, no pagará nada.

Así que, antes de hablar y "aguar la fiesta", sería bueno que el Senador señor Ávila se informara.

El señor ÁVILA.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría, para vindicar su nombre.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, la Senadora señora Matthei me descalifica por el hecho de haber formulado una crítica completamente legítima.

A mi juicio, el alma del proyecto estaba en introducirle un principio solidario que me parece esencial en una materia de esta índole. Evidentemente, al despojarlo del Fondo de Compensación Solidario se perdió la posibilidad, al menos en este ámbito, de producir aunque fuera una mínima redistribución de la riqueza, que se halla concentrada, de manera brutal, cada vez en menos manos.

Una alternativa de esa naturaleza la brindó, en su momento, esta iniciativa. Pero no puede desconocerse el hecho de que las ISAPRE presionaron con todos los medios a su haber para que el Gobierno se disuadiera de continuar con la propuesta acerca de este punto. Incluso, como la propia Senadora señora Matthei lo recuerda hoy, se chantajeó con apelar al Tribunal Constitucional.

La señora MATTHEI.- ¡No fue un chantaje!

El señor ÁVILA.- Por desgracia, el Ejecutivo renunció a perseverar en esa proposición.

Ahora, naturalmente, se acuerda todo. ¡Muy fácil, por supuesto, porque ya ciertos intereses muy poderosos estaban salvaguardados!

Es probable que lo que estoy diciendo moleste a algunos oídos sensibles. Pero es una crítica legítima, no gratuita, porque está basada en elementos de la realidad perfectamente constatables.

He dicho.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, como miembro de la Comisión de Salud, no tengo por qué aceptar la afirmación de quien me antecedió, en orden a que las votaciones que realizamos tenían por objeto defender intereses particulares, y en especial de grupos económicos que controlan las ISAPRE.

¡Ninguno de los señores Senadores que participaron en la Comisión defendió intereses particulares distintos del interés mayoritario y común de la gente que debe atenderse en el sistema de salud!

El señor ÁVILA.- ¡Ése es el discurso!

DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- Respecto del tema en cuestión, señor Presidente, debo expresar que la solidaridad de este proyecto reside precisamente en lo que se llama "prima universal", que se mantiene intocada. Ella significa que todos los chilenos, cualesquiera que sean su edad o sexo, van a pagar la misma cantidad de dinero por recibir la atención médica de las enfermedades contempladas en el Plan AUGE.

Ése es un principio de solidaridad que queda claramente demostrado en el texto.

En cuanto al Fondo de Compensación Solidario, lo que objetamos fue que la gente de clase media del país, que gana entre trescientos y quinientos mil pesos por grupo familiar y que, con gran esfuerzo, se encuentra afiliada a una ISAPRE, tuviese que aportar recursos adicionales al 7 por ciento, con lo cual perdía -por el aumento del costo de su atención de salud y su programa- la opción de mantenerse en el sector privado y estaba prácticamente obligada a cambiarse al FONASA. ¿Por qué? Porque de este modo subiría el valor de su prima universal y seguiría pagando el 7 por ciento.

¡Esas personas, que con sacrificio habían logrado incorporarse a una ISAPRE, habrían tenido que meterse la mano al bolsillo y poner dinero adicional!

Cuando alguien, de la misma condición económica indicada, opta por el sistema FONASA, aumenta el costo de su prima universal y no está obligado a realizar un nuevo aporte: se lo ponen todos los chilenos, incluso los más pobres, a través de los impuestos. Pero, como dije, si esa misma persona decidía permanecer en la ISAPRE, iba a tener que meterse la mano al bolsillo y pagar más por su sistema de salud.

En consecuencia, es una falsedad...

El señor NARANJO.- ¿Estamos en la hora de Incidentes, señor Presidente?

El señor ESPINA.- Estoy hablando, Su Señoría. Yo respeto su derecho cada vez que interviene.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Ruego al Honorable señor Naranjo guardar silencio.

El señor NARANJO.- ¡Es que no hay tiempo!

El señor ESPINA.- Por esas razones, constituye una falsedad sostener que algún miembro de la Comisión haya defendido intereses particulares, ni de ISAPRES ni de ningún organismo de esa naturaleza. Ha habido un debate legítimo sobre un tema respecto del cual puede haber distintas visiones.

Es inaceptable que, cada vez que en el Congreso se vota en conciencia, pensando sólo en cómo defender a la gente, exista el ánimo de descalificar el que uno tome una posición determinada.

Tampoco puedo aceptar -porque la idea de acudir al Tribunal Constitucional fue mía- que se diga que es un chantaje querer recurrir a un organismo consagrado en la Constitución Política, respecto

DISCUSION SALA

de una medida que, a mi juicio, significaba expropiar a las personas modestas una parte de su cotización de 7 por ciento.

¿Es un chantaje recurrir a ese Tribunal?

El lenguaje descalificador fue el que arruinó la democracia del país. Según el Senador señor Ávila, cuando él habla tiene la razón. Entonces, es pura democracia. Pero cuando los demás planteamos algo distinto, io defendemos intereses de grandes grupos o chantajeamos al Estado!

De esa manera, señor Presidente, no se legisla con seriedad.

Por lo tanto, rechazo categóricamente las expresiones insolentes que se han vertido. Ellas no corresponden a la realidad y demuestran que para poder hablar de un tema, a lo menos se debe haber leído las Actas donde constan las argumentaciones que se dieron sobre esa materia.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Quiero informar a los señores Senadores que cuando alguien hace uso del derecho a vindicar su nombre, dispone de hasta 10 minutos para ello.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, preferiría aguardar hasta el final de la presentación de los señores Senadores.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Señor Ministro, debo poner en su conocimiento que, como el Honorable señor Ruiz-Esquide se desistió de abstenerse respecto de una de las normas –por ello, el texto no contaba con aprobación unánime-, al retirar esa abstención el proyecto ha quedado aprobado en particular. De manera que, a estas alturas, puedo señalar que ha finalizado su trámite en Comisión. En el momento en que se solicitó la unanimidad, ésta se obtuvo mediante el pronunciamiento de 34 señores Senadores, que están registrados y son los mismos que participaron en la votación anterior.

Por tal motivo, le ofrezco la palabra, señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, deseo manifestar mi agradecimiento y decir que se ha efectuado un trabajo extremadamente riguroso por parte de todos los miembros de las Comisiones de Salud y de Hacienda, el que ha sido bastante más complejo de lo que pudiera parecer.

Aquí hemos analizado diversas materias, lo que demuestra –quiero rescatar esto- que la esencia del proyecto es alcanzar mejores niveles de equidad, accesibilidad y transparencia en la atención de salud.

Ciertamente, se busca también aumentar la eficiencia, pero los factores mencionados anteriormente tienen prioridad sobre ésta. Creo que eso se está logrando. Y me alegro mucho de que ello sea posible en el ámbito de un altísimo grado de consenso.

No puedo dejar de manifestar nuestra desazón al no haberse aprobado lo relativo al Fondo de Compensación Solidario. Debo

DISCUSION SALA

reconocer que estábamos conscientes de tal posibilidad. Sin embargo, por existir otras materias bastante más sustantivas, como las ya indicadas -cuyo propósito, repito, es generar mayores niveles de equidad y de transparencia para las personas-, y ante la eventualidad de que no obtuvieran los quórum necesarios y se perdiera la ocasión de que los chilenos y chilenas tuvieran mejores niveles de garantía en su atención de salud, en cuanto a acceso, oportunidad, calidad y garantía financiera, el Gobierno estimó preferible privilegiar estos últimos objetivos y está seguro de que la gente saldrá ganando con ello.

No me queda más que agradecer profundamente los esfuerzos de cada uno de los señores Senadores que participaron en la discusión en la Comisión de Hacienda y, sobre todo, en la de Salud, como también a los funcionarios de las Secretarías técnicas de ambas Comisiones, quienes realizaron una ardua labor para lograr acuerdos en materias que han sido extraordinariamente complejas, y en donde pusieron lo mejor de sí para beneficio de los chilenos y chilenas.

Muchas gracias.

El señor LARRAÍN (Presidente).- Queda despachado en particular el proyecto.

OFICIO MODIFICACIONES

2.8. Oficio de Cámara Revisora a Cámara de Origen

Oficio modificaciones introducidas por Senado, 06 de agosto de 2004. Cuenta en Sesión 26, Legislatura 351, Cámara de Diputados.

N° 24.012

A S. E.
el Presidente de la H.
Cámara de Diputados

Valparaíso, 6 de Agosto de 2.004.

Tengo a honra comunicar a Vuestra Excelencia que el Senado ha dado su aprobación al proyecto de ley, de esa Honorable Cámara, sobre el establecimiento de un Régimen de Garantías en Salud, correspondiente al Boletín N° 2.947-11, con las siguientes modificaciones:

TÍTULO I

En el epígrafe ha intercalado, entre las expresiones "DEL RÉGIMEN" y "DE GARANTÍAS EN SALUD", la palabra "GENERAL".

Artículo 1º

Lo ha reemplazado por el siguiente:

"Artículo 1º.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469."

Artículo 2º

OFICIO MODIFICACIONES

Lo ha sustituido por el siguiente:

"Artículo 2º.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley."

Artículo 3º

Lo ha reemplazado por el siguiente:

"Artículo 3º.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan."

OFICIO MODIFICACIONES

Artículos 4° y 5°

Los ha sustituido por el siguiente:

“Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el artículo 2°, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

b) Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.”.

OFICIO MODIFICACIONES

- - -

Ha incorporado como Párrafo 2º, nuevo, el siguiente:

"Párrafo 2º

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5º.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4º de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos, según corresponda, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6º.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7º.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquéllos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquéllos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de

OFICIO MODIFICACIONES

incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, o del primer evento, según corresponda. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquél en que se devengue el primer copago.

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º.

OFICIO MODIFICACIONES

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquéllos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su

OFICIO MODIFICACIONES

consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.”.

- - -

Párrafo 2º**De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

Ha pasado a ser Párrafo 3º, sustituyendo su epígrafe por el siguiente:

“De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud”

Artículos 6º y 7º

OFICIO MODIFICACIONES

Los ha sustituido por los siguientes :

“Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.

Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento

OFICIO MODIFICACIONES

establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las

OFICIO MODIFICACIONES

instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.”.

Párrafo 3º**Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud**

Ha pasado a ser Párrafo 4º, eliminando del epígrafe las palabras “del Régimen de Garantías en Salud”.

Artículo 8º

Ha pasado a ser artículo 20, en los siguientes términos:

“Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.”.

Artículo 9º

Ha pasado a ser artículo 21, sustituido por el siguiente:

“Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

OFICIO MODIFICACIONES

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud, durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”.

Artículos 10 y 11

Los ha sustituido por el siguiente:

“Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

OFICIO MODIFICACIONES

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.”.

Párrafo 4º**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

Ha pasado a ser Párrafo 5º, sustituyendo su epígrafe por el siguiente:

“De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud”

Artículo 12

Ha pasado a ser Artículo 23, reemplazado por el siguiente:

OFICIO MODIFICACIONES

“Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º de este Título.”.

Párrafo 5º**De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

Ha pasado a ser Párrafo 6º, sustituyendo su epígrafe por el siguiente:

“De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud”

Artículo13

Lo ha reemplazado por los siguientes artículos:

“Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán

OFICIO MODIFICACIONES

informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red Asistencial que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen General de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.”.

Artículo 14

Lo ha sustituido por los siguientes artículos:

“Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía

OFICIO MODIFICACIONES

explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquél donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.”.

Artículo 15

Ha pasado a ser artículo 29, reemplazado por el siguiente:

“Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2º de esta ley: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.”.

OFICIO MODIFICACIONES

- - -

Ha incorporado como artículo 30, nuevo, el siguiente:

"Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto."

- - -

Párrafo 6°**Del aporte Fiscal por concepto de Prima Universal**

Artículos 16 y 17

Los ha suprimido.

- - -

Ha incorporado el siguiente párrafo nuevo:

"Párrafo 7°
Otras obligaciones

Artículo 31.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 32.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por el Índice General Nominal de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 33.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.”.

- - -

Artículo 18

Ha pasado a ser artículo 34, reemplazado por el siguiente:

“Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), de la siguiente forma:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser

OFICIO MODIFICACIONES

manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquél en que debió

OFICIO MODIFICACIONES

efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquél en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

ii. Sustitúyese la frase “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras “afiliado” y “afiliados” por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público” por “organismo de la administración del Estado”.

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra “afiliado” por “beneficiario”.”.

Artículo 19

Ha pasado a ser artículo 35, sustituido por el siguiente:

“Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión “, y” por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra “y”, precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

OFICIO MODIFICACIONES

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquéllos que se estipulen en el contrato."

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

OFICIO MODIFICACIONES

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

"Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

"Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las

OFICIO MODIFICACIONES

Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del

OFICIO MODIFICACIONES

referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículos 20 y 21

Han pasado a ser artículos 36 y 37, respectivamente, sustituidos por los siguientes:

“Artículo 36.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 37.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen General de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.”.

**TÍTULO III
DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO**

Artículos 22 a 28

Lo ha suprimido.

TÍTULO IV**DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículos 29 a 34

Lo ha suprimido.

TÍTULO V**DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículos 35 y 36

OFICIO MODIFICACIONES

Lo ha suprimido.

TÍTULO VI
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Artículos 37 a 53

Lo ha suprimido.

- - -

Ha incorporado como Título III, nuevo, el siguiente:

"TITULO III
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Párrafo I
Disposiciones Generales

Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 41.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En

OFICIO MODIFICACIONES

caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

OFICIO MODIFICACIONES

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley N° 19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso primero del artículo 7º del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

OFICIO MODIFICACIONES

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a el o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS**Artículos primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto**

Los ha reemplazado por los siguientes:

“Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de

OFICIO MODIFICACIONES

salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 2,04 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 3,06 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, las Garantías Explícitas entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud indicadas en el N° 1 del artículo anterior y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir el costo esperado de las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.

Artículo tercero.- La normas de la presente ley regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el numeral 1, del artículo primero transitorio, conforme a las normas de dicho artículo, salvo las siguientes excepciones:

1.- El decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda que establezca las Garantías Explícitas en Salud, señaladas en el numeral 1 del artículo primero transitorio, podrá dictarse a contar de la fecha de publicación de esta ley y no le será aplicable el procedimiento de determinación de las Garantías Explícitas. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

2.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

OFICIO MODIFICACIONES

3.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III de esta ley entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

4.- La exigencia de que el médico se encuentre registrado en la Superintendencia de Salud, contenida en el inciso final del artículo 9° de esta ley, se hará efectiva de acuerdo al numeral 2 precedente.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979, en el que se incluirá la Superintendencia de Salud creada en la ley N° 19.937.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud" por la frase "Régimen General de Garantías en Salud."."

- - -

Lo que comunico a Vuestra Excelencia en respuesta a su oficio N° 4089, de 15 de Enero de 2.003.

Acompaño la totalidad de los antecedentes.

Dios guarde a Vuestra Excelencia.

HERNÁN LARRAÍN FERNÁNDEZ
Presidente del Senado

CARLOS HOFFMANN CONTRERAS
Secretario General del Senado

3. Tercer Trámite Constitucional. Cámara de Diputados

3.1. Discusión en Sala

Legislatura 351, sesión 26, 10 de agosto de 2004. Aprobadas las modificaciones del Senado.

RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD. Tercer trámite constitucional.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-
Corresponde conocer, en tercer trámite constitucional, el proyecto de ley, originado en mensaje, que establece un régimen de garantías en salud.

Antecedentes:

*-Modificaciones del Senado, boletín
Nº 2947-11. Documentos de la Cuenta Nº 5, de esta sesión.*

El señor **LORENZINI** (Presidente).-
De conformidad con lo acordado por los Comités parlamentarios, el tiempo de dos horas de que se dispondrá para la discusión, se distribuirá según la proporcionalidad que rige para Incidentes. Por consiguiente, al Comité Unión Demócrata Independiente le corresponderán 36 minutos; al Comité Demócrata Cristiano, 24 minutos; al Comité Partido por la Democracia, 21 minutos; al Comité Renovación Nacional, 21 minutos, y al Comité Partido Socialista y Radical, 18 minutos.

Solicito a los jefes de bancada que nos hagan llegar los nombres de los diputados que intervendrán.

Se suspende la sesión por dos minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Continúa la sesión.
En el tiempo del Comité Socialista y Radical, tiene la palabra el diputado señor Fulvio Rossi.

El señor **ROSSI**.- Señor Presidente, hoy es un día particularmente trascendental para Chile, porque estamos a punto de despachar el proyecto de reforma más importante, emblemático y con más proyecciones del Gobierno del Presidente Lagos.

Cada vez que se toma una medida en el ámbito sanitario se produce una profunda repercusión en la población, especialmente en los sectores más postergados.

Hace aproximadamente 50 años hicimos las cosas bien en materia de

DISCUSION SALA

salud, razón por la que hoy podemos mostrar los indicadores que tenemos, por ejemplo, en el área de la morbilidad infantil. Actualmente, mueren 7,8 de cada mil recién nacidos vivos. En Estados Unidos, con un presupuesto aproximadamente seis veces mayor al chileno, o en países europeos, con ingresos per cápita entre 20 mil y 30 mil dólares, a diferencia del nuestro que sólo alcanza a 5 mil dólares, mueren 7,2 de igual número de nacimientos. Ayer hicimos las cosas bien y queremos continuar haciéndolas de la misma manera. Para ello era necesaria una respuesta del Estado frente a los cambios epidemiológicos que ha sufrido la población. Este respondió con la elaboración de un proyecto de ley sobre autoridad sanitaria, que introduce profundas modificaciones a los mecanismos de gestión, iniciativa que, sin duda, tendrá como consecuencia un sistema más eficiente y una mejor y más satisfactoria gestión para los usuarios.

Además, debemos responder a las necesidades de una población que ha envejecido, debido al aumento de las expectativas de vida. En la actualidad, la gente muere a causa de tumores, diabetes e hipertensión, es decir, debido a patologías relacionadas con hábitos de vida. Por eso son tan importantes los esfuerzos hechos para fortalecer la atención primaria, así como la prevención y la promoción de una mejor calidad de vida, porque sabemos que a través de los cambios de hábitos de los chilenos y chilenas podemos modificar las cifras que arrojó la última encuesta nacional de salud, la cual, lamentablemente, demuestra la existencia de un índice muy elevado de enfermedades cardiovasculares.

Quiero ser muy enfático en señalar que estamos en presencia de un tremendo proyecto de ley, el que crea el plan Auge, porque da cuenta de los cambios que ha experimentado la población y permite hacer frente al gran temor de los chilenos de adquirir una patología o de enfermarse.

Además, las modificaciones del Senado terminan la polémica entre las patologías Auge y las no Auge, pues dejan muy claro que hay un régimen general dentro del cual existe un grupo priorizado de enfermedades: las patologías Auge. Pero quienes sufran alguna patología no Auge, también tendrán garantizadas la calidad y el acceso a la salud a través de mecanismos de gestión crecientes y superiores, así como la oportunidad de atención y protección financiera.

Uno de los temas más importantes para los chilenos y las chilenas es el de las listas de espera. Hoy, por primera vez, se garantiza a los pacientes tiempos de espera determinados después del diagnóstico de una patología. Por ejemplo, una persona con litiasis no tendrá que esperar un año y medio para ser atendida, y una señora de 60 años que padece de cataratas no deberá esperar 6 ó 7 meses para ser intervenida. Por lo tanto, se garantiza una atención oportuna a la población, garantía que es exigible al Estado.

El proyecto de ley garantiza protección financiera. Este punto es muy importante, por lo que me voy a detener a explicarlo.

Uno de los grandes temores de los chilenos a la hora de enfermarse es si tendrán que vender sus bienes para costear el valor total de las prestaciones. El proyecto garantiza absolutamente la protección financiera en dos niveles. Primero, no sólo se establece que el copago ascenderá al 10 o al 20 por ciento

DISCUSION SALA

del valor real, sino que, además, si ese copago es excesivo para el salario de la persona, habrá un segundo nivel de oportunidad. Por ejemplo, una persona afiliada a Fonasa, nivel c), que gane 120 mil pesos mensuales y cuyo valor total de prestaciones sea de 10 millones de pesos, hoy pagaría 1 millón, es decir, el 10 por ciento. El proyecto establece que pagará sólo 176 mil pesos.

Por lo tanto, se da un gran paso en materia de protección financiera, de oportunidad en la atención y, por cierto, de la calidad de la prestación, a través de la acreditación de prestadores y de los protocolos de atención.

También, se contempla un mecanismo para que los pacientes puedan exigir esta garantía; no está sólo en el papel. Por eso, hay responsabilidad del Estado, ya sea institucional o de los prestadores, de manera que el paciente pueda hacer valer sus derechos, porque hoy, con esta reforma de salud, se establece que el derecho a salud no es individual, sino humano, social.

En materia de prevención, es fundamental destacar el establecimiento de los planes periódicos de monitoreo para los pacientes, con lo cual se garantiza la realización de ciertos exámenes de laboratorio o de imágenes, a fin de detectar a tiempo ciertas patologías y lograr un mejor resultado con los tratamientos.

Se incorpora la urgencia dentro de la garantía. Ningún paciente que concurra con una emergencia sanitaria a un centro de salud público o privado podrá ser rechazado. Deberá ser estabilizado. Mientras tanto regirá la protección financiera y la garantía. Hablamos de prevención, de urgencia y de medicina en general.

Lamento profundamente que la derecha no haya aprobado en el Senado el Fondo Compensatorio Solidario. No es posible avanzar en la construcción de un país más justo, con un sistema de salud mejor, más igualitario y equitativo, si no existen solidaridad ni subsidios cruzados desde los más ricos hacia los más pobres, desde los más jóvenes hacia los más viejos, desde los más sanos hacia los más enfermos.

Lamentablemente, la derecha, una vez más, utiliza un enfoque o una lógica individualista para enfrentar los problemas sociales.

Nosotros pensamos que es posible enfrentar los grandes problemas con una lógica social, colectiva y solidaria.

Estamos muy de acuerdo con el Gobierno en reponer la idea del Fondo de Compensación Solidario, porque no estamos dispuestos a seguir aceptando que en Chile exista una derecha que, cada vez que se le pide un poco de solidaridad para la seguridad social, para los temas de salud o para el ámbito de las reformas laborales, la niegue.

Vamos a apoyar con mucho entusiasmo este gran proyecto de ley.

Estoy seguro de que, así como hace 50 años logramos superar la morbimortalidad infantil, ahora vamos a ser capaces de frenar el incremento creciente de enfermedades crónicas no transmisibles, que es el gran desafío del siglo XXI.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

DISCUSION SALA

El señor **CORNEJO**.- Señor Presidente, estamos llegando al final de la tramitación de un proyecto de ley extraordinariamente importante y emblemático para la salud de los chilenos, considerado por el Gobierno como uno de los elementos y ejes de su accionar en materia social.

El proyecto de ley ha sufrido muchos embates en el Congreso Nacional, tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado.

Me hubiese gustado aprobar una reforma distinta, que fuera realmente solidaria, que hubiera ido al fondo del tema de las isapres, porque no son instituciones verdaderamente sanitarias, sino seguros de enfermedad solamente.

Me hubiese gustado que, al igual que otros países preocupados por la seguridad de sus personas, como España, Francia, Alemania, Inglaterra, Suecia, Dinamarca, Canadá, Japón, Nueva Zelanda y Taiwán, que tienen sistemas de monoseguros y multiprestadores, el que se pretende imponer en nuestro país también lo hubiese sido y no de multiseguros y multiprestadores. En el fondo, se busca mantener a flote a las instituciones de salud previsional, que nacieron con grandes subsidios, algunos de los cuales hemos eliminado en el Congreso.

A pesar de ello, concuerdo con el presidente de la Comisión de Salud, de que el Auge avanza sustantivamente para otorgar a los usuarios un régimen de garantías en el acceso, en la calidad, en la oportunidad y en la cobertura financiera.

Mantiene la gran diferencia entre el Fonasa, fondo de salud destinado a financiar la salud del sector público, y las isapres, que constituyen seguros de enfermedad, a imagen y semejanza de cualquier otro seguro, como los de vida, que cubren la contingencia de vida, o los de incendio. Las isapres cubren la contingencia de la enfermedad, no son integrales. La atención de la salud es un fenómeno integral, que abarca el fomento, la prevención, la curación y la rehabilitación de los enfermos. Cualquier sistema sanitario en el mundo debe hacerse cargo de estos cuatro aspectos. Así lo hacen los países que he mencionado y que cuentan con un seguro único, universal, público y solidario.

Echamos de menos aquello, pero la reforma avanzó en otro sentido. Por lo tanto, debemos acotarnos a lo que tenemos.

El Auge se creó con dos elementos fundamentales: primero, el sistema de garantías para el acceso, la oportunidad, la calidad y la cobertura financiera, para dar a las personas las garantías de que tendrán salud en la oportunidad y con la calidad adecuados; es decir, que no se empobrecerán por contraer una enfermedad catastrófica, y, segundo, incorporó un componente de solidaridad, a través del Fondo de Compensación Solidario entre el sistema privado, de las isapres, y el público, de Fonasa.

Estas dos columnas vertebrales del Auge fueron modificadas de manera sustancial en el Senado, el que eliminó el Fondo de Compensación Solidario. El Gobierno aceptó dicha eliminación para avanzar en la tramitación del proyecto.

Entiendo y acepto eso, por lo que votaré a favor, porque el proyecto avanza en el esquema de garantías, que es positivo para la salud de los chilenos.

DISCUSION SALA

El señor Jorge Desormeaux, consejero del Banco Central -de la UDI-, ha dicho que no le gustaría que sus hijos se desarrollaran en un país con las mismas desigualdades que él conoció y vivió. Pues bien, a esas personas que manifiestan preocupación porque las desigualdades que se producen en la actualidad no persistan en el futuro, quiero decirles que debieran apoyar la existencia del Fondo de Compensación Solidario, que busca entregar los recursos necesarios y generar igualdad en Chile. De ese modo se evitará que sus hijos vean esa desigualdad en el futuro.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Solicito el asentimiento de la Sala para que el asesor del ministro de Hacienda, don Marcelo Tokman, ingrese al hemiciclo.

No hay acuerdo.

Tiene la palabra el diputado Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, aún no estoy preparado enteramente para hablar, ya que habíamos llegado al acuerdo de que yo intervendría al final, tanto más cuanto que hace sólo unos minutos recibí el comparado que me permite opinar sobre las modificaciones del Senado respecto del proyecto enviado por la Cámara de Diputados el 12 de diciembre de 2002. Con esto quiero resaltar que en su segundo trámite constitucional el proyecto estuvo en la cámara alta prácticamente un año y medio, en circunstancias de que, en su primer trámite, en la cámara baja, sólo tuvimos alrededor de tres o cuatro meses para despacharlo.

Quiero mencionar algunos aspectos importantes que deberían tranquilizar a quienes desconfiaban del tratamiento que tendrán las patologías no incluidas en el plan Auge y que criticaron desde el comienzo el proyecto de régimen de garantías explícitas.

La bancada de Renovación Nacional, desde el primer minuto, incluso antes de conocer su texto, manifestó que no había razón alguna para oponerse a un proyecto de esta naturaleza, en el cual, por primera vez, se establece para todos los chilenos una salud oportuna y con garantías explícitas respecto de los tiempos en los cuales se les solucionará su problema, con calidad acreditada y financiamiento asegurado.

Nadie con dos dedos de frente podía negarse a una iniciativa de ese tipo. La forma de lograr esta aspiración del Ejecutivo y de todos los chilenos recibió desde el primer minuto la aprobación de mi bancada y, por supuesto, la de la Alianza por Chile.

Sin duda, hay ciertos aspectos que se deben destacar en las modificaciones introducidas por el Senado al texto de la Cámara, que se despachó con algunas insuficiencias. En su oportunidad, expresé mi inquietud e insatisfacción por las deficiencias de nuestro proyecto. Señalé que confiaba en que en la cámara alta, donde hay un solo senador médico, pudieran efectuarse las modificaciones que, en la cámara baja, en la cual por primera vez en la historia del Congreso Nacional existen diez diputados médicos, no fuimos

DISCUSION SALA

capaces de introducir a la iniciativa del Ejecutivo, la que, por lo demás, recibió múltiples indicaciones, mientras se discutía en la Sala, en los tres meses que duró su primer trámite.

Me alegro de que en el Senado se le hayan introducido importantes modificaciones que dan tranquilidad a quienes estaban inquietos respecto del futuro de las patologías no consideradas en el Auge.

Quiero destacar la incorporación de la palabra "General", en el artículo 1º, porque eso le cambia completamente el espíritu al proyecto. Al hablar de Régimen General de Garantías en Salud nos referimos a un sistema que garantizará a todos los chilenos, tanto a quienes sufran como a quienes no sufran de una patología incluida en el Auge, de que serán atendidos de acuerdo con las normas de equidad y de eficiencia que todos queremos.

Además de la palabra "General", incorporada por el Senado de la República, me satisface haber garantizado el principio de libertad, acorde con lo que establece nuestra Carta Fundamental, en lo que se refiere al derecho a la protección de la salud de todos los chilenos. El hecho de que los pacientes del Fonasa puedan elegir en los servicios públicos al profesional con el cual desean atenderse implica un avance con respecto a lo que sucede hoy. No hay duda al respecto.

Me congratulo -reitero- de que esto haya sido propuesto por el Senado, y de que se haga realidad en el día de hoy.

También, por supuesto, comparto las inquietudes de algunos parlamentarios que me han precedido en el uso de la palabra, en relación con la eliminación del Fondo de Compensación Solidario por parte del Senado. Se planteó -lo dijimos en esta Sala y también en el Senado- que esto tenía visos de inconstitucionalidad, y no hay ninguna duda de que así habría sido.

De manera que haber cedido en esta materia por parte de los senadores de Gobierno significó dar un paso positivo para que hoy estemos estudiando estas modificaciones. Si no se hubiera llegado a acuerdo, el proyecto estaría con la espada de Dámocles -y no de Pericles, como decía un parlamentario en el pasado- pendiente sobre sí en cuanto a la aceptación de constitucionalidad de este principio en relación con la existencia del Fondo de Compensación Solidario.

No es posible que cuando estamos hablando de un proyecto técnico por excelencia y respecto de un sector que debe ser totalmente despolitizado, como el de la salud, se venga a decir, sesgando el mensaje, que en Chile el sector privado no es solidario en materia de salud. El sector privado es solidario hoy día. Ésa es la razón por la cual gente que cotiza por 30 mil, 40 mil, 50 mil o 60 mil pesos mensuales, puede recibir tratamientos que cuestan 15 millones o 20 millones de pesos en clínicas privadas. Es solidario, como lo es, también, el sector público.

Lo que no se podía permitir es que, sencillamente, se mezclaran fondos de un subsistema con los del otro, porque eso sí es inconstitucional.

Confiamos en que al discutir, en las próximas semanas, las modificaciones -otras más- a la ley de isapres, se corrija esto, que afecta a algunos e inquieta a otros. No hay duda de que es necesario llevar a la letra de

DISCUSION SALA

la ley aquello que hoy está siendo motivo de intranquilidad para muchos chilenos.

Quiero terminar mi intervención expresando mi alegría por haber llegado a esta etapa en la tramitación del proyecto, que, reitero, lleva alrededor de dos años, porque significa avanzar en sentido positivo.

Lo dijimos en el pasado, lo decimos hoy y lo vamos a decir siempre: pese a las múltiples diferencias políticas que puedan aparecer o que han aparecido en diferentes gobiernos, en el Ministerio de Salud siempre se ha tratado de actuar técnicamente. A veces, con mucha dificultad, resistiendo presiones indebidas -ésa es la verdad-, pero siempre, en todos los gobiernos, se ha ido avanzando paulatinamente y en un sentido positivo. Ésa es la razón por la cual hoy exhibimos la mejor calidad de salud de América Latina, lo que se expresa en indicadores biodemográficos muy superiores a los que muestran países que, aparentemente, son más desarrollados que el nuestro. Éste es el producto final de un proceso que hoy está dando un paso muy importante para todos los chilenos.

Señor Presidente, quiero aprovechar la presencia del señor ministro de Salud para señalar que confío en que el instrumento que estamos entregando para ser transformado en ley, junto con la aplicación eficaz de la ley sobre autoridad sanitaria, permitan, a través de una gestión eficiente, que los indicadores biodemográficos y la situación de salud que hoy exhibe Chile, sean también acompañados de una plena satisfacción por parte de la población. Si en la actualidad existen problemas, no son de carácter técnico, sino derivados de la calidad de la atención.

Señor Presidente, por su intermedio le digo al ministro que hace cuatro días, en Temuco, pude imponerme acerca de las colas que debe hacer la gente durante toda la noche para recibir las interconsultas de especialistas o subespecialistas que, en un número determinado y fijo de sesenta, iban a ser entregadas al día siguiente. Eso tiene que ver con la calidad de la atención, y no con la gran eficiencia técnica, con la gran calidad de nuestros médicos, de nuestro personal paramédico y, en general, de todos los profesionales de la salud. Se trata de la calidad con que se brinda a la población la atención que estamos en condiciones de entregarle. Eso exige una mejor gestión, y la labor de fiscalización y de supervisión del ministerio, a través de sus organismos descentralizados, debería estar siempre presente.

Me alegro de vivir este momento, en que ponemos término a un proceso de más de dos años en el Congreso Nacional, que apunta en la dirección correcta. Esto, junto con la ley sobre autoridad sanitaria, deberá satisfacer la demanda de la mayor parte de los chilenos en el camino hacia una salud con equidad, libertad, igualdad y calidad acreditada por este proyecto que hoy aprobaremos.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-

En el tiempo del Comité de la Unión Demócrata Independiente, tiene la palabra el diputado señor Juan Masferrer.

DISCUSION SALA

El señor **MASFERRER.-** Señor Presidente, esta sesión es tremendamente importante, porque aprobaremos un proyecto que cambiará la forma en que se atenderá a la gente en salud. Me alegro por este significativo cambio, que favorecerá tanto a los beneficiarios del Fonasa como a los de las isapres.

El proyecto ya fue discutido por la Cámara de Diputados en su primer trámite constitucional y hoy, debido a las modificaciones del Senado, lo vemos en su tercer trámite. Debo manifestar mi agrado por las mejoras introducidas por los senadores, pues ha habido un compromiso de todos los legisladores de la Cámara Alta para hacerlo viable. Espero que en esta Corporación también concurremos con nuestro voto favorable, para dar una señal al país de que estamos disponibles para entregar una mejor salud a toda la población, que hoy tanto la necesita.

La priorización de las enfermedades que establece el proyecto resulta una medida adecuada, más aun si tenemos presente que Chile es un país en vías de desarrollo y que los recursos que se destinan al sector no satisfacen todos los requerimientos de la población. Ciertamente, la selección de patologías que se propone constituirá un avance para el tratamiento de las enfermedades que más afectan a los chilenos.

Durante su análisis, esta iniciativa ha sido objeto de una larga discusión en el Senado, debate en el que han participado los distintos actores que llevarán a la práctica las modificaciones que el proyecto consagra, lográndose un consenso en gran parte de los cambios que se pretende introducir.

En primer lugar, se han efectuado modificaciones tendientes a clarificar el concepto de régimen de garantías en salud, el que contempla enfermedades o condiciones de salud con garantías explícitas y otras que no cuentan con ellas. Asimismo, se han perfeccionado los conceptos de acceso, de calidad, de protección financiera y de oportunidad, otorgando mayor claridad y protección a los beneficiarios de estos sistemas.

Además, se mantiene la obligatoriedad del régimen en igualdad de condiciones para los beneficiarios del Fonasa y de las isapres -como lo decía anteriormente-, lo que permite la existencia de un mismo Auge tanto para beneficiarios del sector privado como del público, evitándose cualquier clase de discriminación entre ambos sistemas.

La garantía financiera que otorga el proyecto fue reestructurada en condiciones muy satisfactorias para los pacientes de los sectores público y privado. Se establece un límite al pago de las prestaciones por enfermedades Auge equivalente a un 20 por ciento del valor indicado en el arancel de referencia del régimen, arancel que se determinará sujetándose al mismo procedimiento que el decreto que fije las patologías priorizadas. Para los beneficiarios del Fonasa, grupo A y B, la cobertura deberá ser total.

Señor Presidente, a través de este proyecto estamos dando un paso muy importante al beneficiar a la gente que sufre alguna enfermedad. Por el cambio que estamos haciendo, indudablemente que gana el país y todos los ciudadanos, pues tendremos un plan de salud igualitario tanto para beneficiarios del sector privado como del público.

DISCUSION SALA

En cuanto a la determinación de las enfermedades priorizadas por el régimen, se mantiene la facultad en el Ministerio de Salud, pues me parece muy bien que éste sea el encargado de hacer los estudios y de determinar las patologías más importantes que deben ser asistidas. De esa forma, dicho organismo determinará las enfermedades con cobertura AUGE y el nivel de acceso, oportunidad y protección financiera que se le dará a cada una. Sin embargo, para ello deberá tomar como base el marco presupuestario establecido por el Ministerio de Hacienda. Ojalá que cada día se destinen más recursos para la salud, porque todos sabemos que cada día es más cara. Con el sistema vigente no sacamos nada con seguir destinando recursos que van a un saco sin fondo, donde no se están haciendo las cosas bien. Por lo tanto, a través de esta iniciativa, que apoyo y que el Senado ha mejorado en forma muy significativa, habrá un mecanismo por el cual tendremos la oportunidad, tanto los adscritos al sistema privado como al público, de tener un mismo beneficio para la cobertura de las enfermedades.

En consecuencia, estamos muy contentos con este proyecto y con las modificaciones y el compromiso que ha asumido el Senado, razón por la cual invito a los diputados de las diferentes bancadas a votar a favor del proyecto. He dicho.

El señor **OJEDA** (Vicepresidente).-
Tiene la palabra el diputado señor Accorsi.

El señor **ACCORSI**.- Señor Presidente, hoy día nos toca analizar este proyecto que ha sido largamente debatido y que tiene varias cosas positivas; por ejemplo, importantes avances desde el punto de vista sanitario.

Sin embargo, me referiré fundamentalmente al tema solidario. Creo que ése es un problema que tendremos que ver en el futuro cercano, porque en la actualidad las fuentes de financiamiento que tienen nuestras reformas son inequitativas. El sector privado de salud no aporta ni un solo peso a la reforma. Es más, todas las instancias que se fueron elaborando durante el debate de esta iniciativa con el fin de crear un fondo solidario fueron eliminadas: el 3 por ciento, el 2 por ciento, el 1 por ciento y el 0,6 por ciento. Incluso, había una posibilidad bastante remota de que los 16 mil millones de pesos fueran al Fonasa, porque la entrega de aportes también podría revertirse y pasar a las isapres.

El tema de la solidaridad es esencial. Quiero dar algunas cifras para que esto se entienda. El aporte fiscal constituye el 48 por ciento del presupuesto global; el 46 por ciento lo aporta el Fonasa. Por tanto, existe una gran solidaridad de la gente que tiene menos ingresos, porque está financiando la mitad del presupuesto de salud del país. Sin embargo, con esta reforma no hemos sido capaces de incorporar ni un solo peso del sector privado.

Otro tema que quedó pendiente y que creo importante tener en cuenta es la situación de los jubilados, el sector pasivo del país, quienes entregan 120 mil millones de pesos al año para salud. Tampoco pudimos buscar una salida para esa gente que actualmente impone el 7 por ciento de sus jubilaciones.

DISCUSION SALA

El reforzamiento de la atención primaria también es fundamental. En el proyecto no hay un artículo que establezca la entrega de más fondos para la atención primaria. Lo hemos planteado innumerables veces, y ésta es la ocasión de pedir formalmente al Gobierno que entregue un aporte sustancial por ese concepto. Soy partidario, como lo hacíamos en el hospital Calvo Mackenna, de que los especialistas, como pediatras, ginecólogos o cirujanos, fuéramos a la atención primaria. Eso es perfectamente posible, no requiere de una ley y va a contar con el apoyo de todos los médicos de Chile, porque es algo que hemos hecho durante toda nuestra vida. Eso impulsaría mucho la puerta de entrada del Auge y le daría una capacidad de atención, de no derivación, que permitiría dar solución in situ, donde está la gente, a los problemas de salud.

Otro tema que es muy importante no dejar de lado y que tendremos que ver en otros proyectos atingentes a éste, es la prevención. En cualquier reforma de salud en el mundo lo más importante es la prevención. Veo el plan Auge muy orientado a la curación. Al respecto, todavía tenemos una tarea pendiente. La idea es mejorar la atención, pero no debemos esperar que se produzca la enfermedad para darle solución.

Hoy se ha avanzado en el tema de las garantías, pero lo que más me preocupa es el aspecto financiero, que todavía no está solucionado. Debe haber una contribución mayor. Hoy el aporte fiscal al sistema de salud público es el más bajo de América Latina. Creo que Chile puede hacer un esfuerzo mayor en salud. Estamos en 1.8 por ciento del PIB.

El proyecto tiene aspectos positivos. No obstante, quiero insistir en algo que me preocupa: no es solidario; no respecto de las personas, sino porque el sector privado de salud participa con cero peso en esta reforma.

He dicho.

El señor **OJEDA** (Vicepresidente).-
Tiene la palabra el diputado señor Sergio Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señor Presidente, una auténtica reforma a la salud tiene tres dimensiones, según lo han señalado y consensuado todos los especialistas, los salubristas y los países en el mundo que han protagonizado una experiencia de esta naturaleza.

En primer lugar, una epidemiológica. Es decir, definición de la preocupación principal vinculada a las enfermedades que afectan a la sociedad y a un país.

En segundo lugar, definición de la institucionalidad que va a enfrentar la prevención y la curación de las enfermedades que sufren los ciudadanos. Ésa es la eficiencia del sector público.

Y, en tercer lugar, una dimensión financiera, porque naturalmente es de sentido común que las enfermedades, sobre todo las que afectan a los mayores de edad, tienen un tratamiento muy costoso, porque requieren una tecnología de complejidad creciente.

DISCUSION SALA

El proyecto constituye un avance. Por eso, salvo dos capítulos, los socialistas lo vamos a votar a favor.

Coincidiré con algunas intervenciones. Por eso, me excuso de repetir muchos aspectos señalados brillantemente por mis colegas señores Enrique Accorsi y Patricio Cornejo, quienes han trabajado no sólo como médicos en el sector público, sino que también han dirigido servicios de salud de nuestro sistema nacional. Con justa razón, ellos han señalado que el financiamiento de un sistema de salud es decisivo. Originalmente, el Presidente de la República sugirió que éste proviniera de la seguridad social, es decir, de las cotizaciones de todos los chilenos, con una fórmula solidaria, donde tres séptimos de nuestras cotizaciones fueran a un fondo universal, pero fue rechazado por la Derecha, particularmente por la UDI, que siempre se ha negado a cualquier fórmula de financiamiento solidario con el fin de generar los grandes servicios y prestaciones para nuestra población. Toda iniciativa surgida del Gobierno, desde la integración del 15 por ciento de alumnos vulnerables hasta el financiamiento de la educación superior, han sido bloqueada por la Derecha y la UDI.

Hoy no sólo bloquearon la posibilidad de contar con 350 mil millones de pesos que se habrían recogido con los tres séptimos de las cotizaciones de todos los chilenos, sino también la dimensión más precaria que podía tener este financiamiento solidario: el Fondo de Compensación, que se estimaba en 20 mil millones de pesos, donde las personas sanas, de ingresos medios y altos, podían aportar a las personas de mayor riesgo, como los ancianos y mujeres en edad fértil. Ese fondo fue bloqueado por la UDI y las isapres.

Ocurre que tenemos partidos que representan, en el caso del *royalty*, a las grandes transnacionales mineras y, en el de la salud, a las isapres. Probablemente, tengan razón para hacerlo, porque en los periodos en que necesitan financiamiento para sus campañas tienen una retribución generosa. En algún minuto vamos a tener que aclarar esa situación, porque debemos legislar con transparencia y claridad. Es muy difícil que se pueda hacer una reforma a la salud si no tenemos 300 mil millones de pesos más, porque hay que tratar enfermedades muy complejas, con tecnología de avanzada y en lugares muy apartados del territorio nacional. Es dramático no haber contado con los 350 mil millones de pesos iniciales que sugirió el Presidente de la República y ni siquiera con los 20 mil millones de pesos para el Fondo de Compensación Solidario.

Por lo tanto, la bancada del Partido Socialista aprobará las modificaciones del Senado, salvo las que se refieren al Fondo de Compensación Solidario y al Fondo Maternal Solidario, en las que nos abstendremos, porque constituyen un egoísmo que no le dejaremos pasar a la Derecha reaccionaria.

He dicho.

El señor **LEAL** (Vicepresidente).-
Tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, hoy,

DISCUSION SALA

después de tres años, aproximadamente, hemos entrado a la parte final de la tramitación de la reforma a la salud, tan esperada por todos los chilenos y que el Presidente Lagos se comprometió a hacerla ley hace más de un año.

La idea de la reforma puede haber tenido un buen comienzo -en el cual todos estuvimos de acuerdo-; sin embargo, la ineficiencia y descoordinación inicial la cambiaron radicalmente. En definitiva, era una utopía y una de las típicas formas de impacto comunicacional que utiliza el Gobierno, que, a la larga, no le resultan.

Las modificaciones del Senado cambian sustancialmente la propuesta despachada por la Cámara de Diputados. Me parece que la iniciativa está más acotada, más clara y explícita respecto de las garantías, las enfermedades y patologías que van a ser financiadas y tratadas. Además, considera un nuevo sistema de mediación, y al Consejo de Defensa del Estado le da una serie de atribuciones nuevas para resolver los conflictos en caso de que las personas no sean atendidas. Es algo mejor que nuestro proyecto, en el que los directores de hospitales se verían expuestos casi a una judicialización en el caso de que no pudieran atender a las personas.

Sin embargo, me asaltan las mismas dudas que cuando el proyecto se aprobó en la Cámara de Diputados.

Si bien hoy hablamos de diecisiete nuevas patologías a las que se dará prioridad, no sabemos qué pasará con el resto de las enfermedades. Al respecto, los chilenos tienen que tener claro que, como siempre, deberán esperar.

Entre las nuevas patologías, que serán determinadas por reglamento o por una comisión especial, y que no están en el proyecto de ley, se encuentran, entre otras, el infarto, el cáncer de mamas, el cáncer testicular, el linfoma, la fisura de labios, la disrafia espinal, la artrosis de cadera, la diabetes, las cataratas, la escoliosis, la esquizofrenia, el sida, el cáncer infantil, el alivio al dolor del cáncer, el cáncer cérvico-uterino y la insuficiencia renal. Pero en esto hay que tener buena suerte, ya que no sabemos qué cáncer nos afectará el día mañana, porque hay muchos tipos de esa enfermedad que no están incluidos en el proyecto, como el cáncer al colon o al páncreas, los tumores malignos al hígado, la cirrosis y otras afecciones asociadas, por la cual mueren alrededor de 7 mil personas al año; el cáncer al esófago, las infecciones urinarias, la insuficiencia cardíaca congestiva, la pancreatitis, el glaucoma, los melanomas, la osteoporosis, el cáncer al pulmón y tantos otros.

Por otro lado, hay un área tremendamente carente: la salud mental. Hoy, el nuestro es el país que tiene más patologías síquicas. Todos sabemos cómo afecta a nuestra población la adicción a las drogas y al alcohol en la forma de neurosis o esquizofrenias que no tienen una atención especial. Al respecto, quiero recordar que, junto con el diputado Aguiló, viajé a Gran Bretaña para conocer sus prioridades en salud. Una de las primeras es la atención en salud mental. Así sucede en países que tienen sistemas de salud más avanzados y que responden mejor a sus usuarios.

Por lo tanto, los chilenos deben saber que se dará prioridad sólo a ciertas enfermedades. De lo contrario, ¿qué va a pasar? La gente llegará a los

DISCUSION SALA

hospitales, y dirá: "Tengo cáncer, quiero que me apliquen el Auge", y le contestarán: "No, usted no tiene derecho". Para mí, ésa siempre ha sido una situación súper incomprensible, puesto que habrá prioridad para atender a personas con algunas enfermedades -y con razón-, pero quienes padecen otras, no podrán acogerse a esas garantías.

Además, siempre dijimos que el Auge no necesitaba legislación, porque desde hace mucho tiempo se han estado efectuando operaciones de alto riesgo y de alta tecnología. Hay grandes avances en materia de salud y de operaciones muy complejas, como las de corazón abierto y otras que se realizan -y bien- en los hospitales. Lo que debía hacerse era elevar la calidad de los hospitales, la tecnología, la operación del sistema de salud en general para atender mejor a todos sus usuarios.

Aquí tengo documentos que se refieren a la implementación del Auge para el período 2004, al impacto del piloto Auge para el 2004, a la aplicación del sistema Auge. Entonces -reitero-, no se necesitaba una ley, además de que la iniciativa considera un montón de reglamentos.

El punto de mayor divergencia lo tenemos con el Partido por la Democracia: el fondo solidario. Además, aquí se ha producido una situación muy desagradable.

Como Oposición, hemos colaborado permanentemente a mejorar este proyecto, tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, y hoy estamos dispuestos a apoyarlo; sin embargo, hemos escuchado voces disidentes en la Concertación, en cuanto a que dos de sus partidos no votarían a favor de la iniciativa de su propio Gobierno. ¡Después de cuatro años! Recordemos que la actual ministra de Defensa comenzó con este proyecto. Entonces, ¿cómo pueden pedirnos que lo votemos a favor, si ellos lo harán en contra? Realmente me parece una inconsistencia.

Siempre debiéramos estar de acuerdo con los fondos solidarios. Entiendo que hay una serie de instancias constitucionales que no permiten el establecimiento de un fondo solidario, pero no me quedaría en el legalismo de ese fondo, sino en su realidad. ¿Cuál es el problema? Que todas las personas que cotizan en las isapres, incluso los trabajadores más modestos, tendrían que aportar para ello. Pero, más que eso, hay desconfianza en el destino de los fondos, porque no sabemos a dónde van. De hecho, ¿quién puede decir qué pasó con los más de 120 millones de dólares que significó el aumento del 1 por ciento del IVA, que se destinaría a los programa Chile Solidario y al plan Auge, es decir, en beneficio de la reforma a la salud, que recién empieza?

Le pregunto al diputado de la bancada de enfrente que se refirió al fondo solidario, ¿no es solidario terminar, por ejemplo, con los sobresueldos de gente de la Concertación? ¿Por qué no se ocupan esos dineros para ayudar a los más pobres? ¿Por qué no se utilizan esos 120 millones de dólares de la recaudación del IVA, o los excedentes del cobre? ¿Por qué siempre debemos buscar otras formas de obtener recursos para que vayan a esta caja de fondos del Estado, de los que nunca conocemos su destino, porque, supuestamente, por ley ello no se puede determinar?

Ésa es hoy la gran discusión en torno del *royalty*. ¿Por qué nos

DISCUSION SALA

oponemos a él? Porque no sabemos a dónde irán esos recursos. Así de simple. Por eso, nuestra propuesta es distinta: que se destinen a las regiones y al Fondo Común Municipal. No confiamos en los fondos, porque se usan para muchas cosas, como lo hemos visto reiteradamente.

Estoy de acuerdo en que esta reforma debería haber apoyado más a la atención de salud primaria, porque no habrá prevención mientras ello no ocurra. La gente no puede acogerse a beneficios inmediatos, al lado o cerca de su casa para hacerse un diagnóstico rápido. La salud primaria tiene enormes carencias en todas partes.

Por lo tanto, ¿qué sacamos con apoyar el Plan Auge, que se aplica en catorce hospitales de Chile -que tienen capacidad para ello-, si los consultorios que atienden a todos los chilenos, especialmente a los más pobres, no disponen de los elementos necesarios para la realización de exámenes que permitan hacer los diagnósticos?

Tengo otra duda respecto de este proyecto. Se establece un sistema, pero ¿a partir de cuándo podrán acogerse a sus beneficios los usuarios? Aparentemente, desde que a una persona se le diagnostica un cáncer. Pero, ¿cuánto tiempo demora que a un chileno se le detecte cáncer? A veces, demasiado tarde. ¿Quién tiene recursos para hacerse un escáner o una resonancia magnética? Obviamente, muchas personas no tienen dinero para ello. ¿Cuánto tarda una persona en conseguirse una hora en el consultorio o en el hospital? Entonces, el diagnóstico previo de las patologías incluidas en este régimen será sumamente difícil. Los chilenos pobres no tienen recursos para recurrir a otras instituciones.

Por último, quedan otras áreas pendientes. De hecho, muchas personas adolecen de patologías importantes, pero no disponen del dinero para comprar los remedios y ni siquiera para alimentarse, lo cual les genera mucho sufrimiento.

Espero que, de algún modo, esta reforma ayude con sentido común a que los chilenos tengan una mejor calidad de salud y de vida.

He dicho.

El señor **LEAL** (Vicepresidente).-
Tiene la palabra el diputado señor Ojeda.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, mi bancada aprobará las modificaciones introducidas por el honorable Senado al proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud.

Sin embargo, quiero hacer presente nuestra discrepancia al rechazo del Senado a las disposiciones que establecían el Fondo de Compensación Solidario.

Pero también quiero acentuar aquellas situaciones que el honorable Senado ha previsto como una manera de cumplir de mejor forma el objetivo del proyecto.

El artículo 1º del Senado establece con mayor precisión las prestaciones del Régimen de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y de

DISCUSION SALA

rehabilitación, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios.

Además, se han detallado con mayor precisión ciertas garantías explícitas referidas a acceso, a fluidez y a facilidad para hacer efectivos los beneficios, en cuanto a las enfermedades que están dentro de las categorías consideradas. Estas garantías constituirán un derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido. Es decir, aquí no hay mera facultad ni liberalidad de los servicios de Salud o de los organismos correspondientes, sino que serán exigidos tanto ante el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional como también ante la Superintendencia de Salud y las instancias que correspondan.

El nuevo artículo 4º establece garantías explícitas en materia de acceso, de calidad, de oportunidad y también de protección financiera. Existe un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.

El Senado mejoró el proyecto al establecer con mayor precisión algunas situaciones que la Cámara de Diputados había señalado en términos generales.

Las modificaciones del Senado señalan que el Fondo Nacional de Salud y las isapres deberán asegurar obligatoriamente las garantías que establece este proyecto.

No obstante lo anterior, quiero manifestar mi disconformidad con el Senado respecto de la eliminación del Fondo de Compensación Solidario. Era una buena opción, en términos de la solidaridad, que todos concurrieran a costear estas garantías explícitas.

En cuanto al consejo consultivo también se precisaron ciertas materias, a lo que se debe añadir que respecto a la Superintendencia de Salud, como organismo fiscalizador, se ha enfatizado su rol.

Anuncio mi voto favorable y mi deseo de que en el futuro se restituya la atribución que señalé.

He dicho.

El señor **LEAL** (Vicepresidente).-

Tiene la palabra, el diputado señor Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, este proyecto constituye un avance en el tratamiento de las enfermedades, pero no es la gran reforma que esperábamos. No vamos a pasar a la historia, como en 1952, con esta reforma a la salud. Perdimos la oportunidad histórica de hacer una gran reforma que solucionara los problemas que hoy existen y que persistirán, a pesar de este proyecto, como por ejemplo, los problemas para satisfacer las demandas de salud de la clase media y de los más humildes. Esos problemas aún no tienen solución.

En todas las comunas y regiones, las personas tienen graves problemas con la atención de salud, pues faltan recursos humanos y materiales. Es un problema urgente de solucionar. La salud es y siempre debe ser una prioridad en las políticas de todo gobierno.

Creo en un sistema mixto de salud, donde quienes tienen más recursos puedan pagar estos servicios, si así lo deciden, y los que no puedan, el Estado

DISCUSION SALA

debe subsidiarlos. Hay que ayudar a los que tienen menos. Ser solidario es una labor primordial del Estado.

No estoy en contra de las instituciones privadas de salud. Es un negocio y hay que controlarlo. Pero como se trata de personas enfermas es un negocio diferente. No es un pecado pagar por los servicios de salud. Creo firmemente en el sistema público de salud. Toda mi vida he trabajado en hospitales públicos y puedo afirmar que los excelentes niveles se deben al sistema público de salud, a la formación de sus equipos y a las políticas de salud de Chile.

En el sistema público de salud se atiende a la mayor cantidad de personas. Las instituciones privadas son nuevas en nuestra historia. Si bien en estos pocos años han contribuido, no son lo más importante. Si empeora el sistema público, se afecta a toda la salud.

Renovación Nacional no está de acuerdo en que se financie el Fondo de Compensación Solidario con las cotizaciones de la clase media, ya que se trata de personas cuyos ingresos fluctúan entre los 300 mil y los 600 mil pesos mensuales, y siempre que se encuentren afiliadas a una isapre. Eso no es correcto. Hay una intención poco sana en contra de quienes han optado por un isapre. Hay una discriminación en contra de las personas de la clase media.

Al hacer un análisis sobre quiénes aportarán más recursos al Fondo de Compensación, de acuerdo con el riesgo de contraer alguna enfermedad, es posible concluir que el 80 por ciento de la población pondrá más recursos que los que realmente debería aportar para cubrir su riesgo de salud. Esto, porque, por edad y sexo, sólo el 20 por ciento corresponde a personas de alto riesgo. Son las mujeres en edad fértil, entre 25 y 39 años de edad, y los mayores de 60 años.

El primer problema de constitucionalidad consiste en que el Gobierno pretende que el Fondo de Compensación Solidario se financie con los dineros de los afiliados al sistema privado; esto es, de quienes pertenecen a las isapres, en circunstancias de que el 7 por ciento que éstos pagan tiene por finalidad financiar sus acciones de salud y las de su grupo familiar. En otras palabras, la gran clase media chilena, que percibe ingresos entre 300 mil y 600 mil pesos mensuales y se encuentra afiliada al sistema privado, deberá aportar parte del 7 por ciento de su cotización de salud para financiar el fondo de compensación, que encontramos justo. De esta forma, o paga más para mantenerse en una isapre o, derechamente, se debe cambiar al sistema público.

Aun cuando existe consenso en que hay que ayudar a los más pobres, no nos oponemos a quienes optan por un sistema privado. Esto no es un pecado, como lo presentan algunos. Existe libertad para tomar esta opción, lo que no se debe satanizar, error conceptual en el que incurren muchos políticos.

Corresponderá al Ministerio de Salud determinar el monto de la prima universal, por lo que cada vez que suba su valor menos personas podrán optar libremente por uno u otro sistema, lo cual significa una grave discriminación respecto de las personas cuyo 7 por ciento termine siendo inferior a la prima universal. Inicialmente, los más afectados con esta medida serán los grupos familiares con ingresos inferiores a 300 mil pesos mensuales, quienes se verán

DISCUSION SALA

obligados a atenderse única y exclusivamente en Fonasa. Además, el mecanismo puede estimular el incremento de la prima universal con el propósito de aumentar la población del sistema público en desmedro del privado.

Por lo tanto, para evitar este perjuicio a las personas cuyo 7 por ciento de cotización es inferior al valor real del AUGE que le corresponde pagar, de acuerdo con su riesgo, el Estado deberá aportar la diferencia al fondo, sin diferenciar si la persona se atiende en el sector público o en el privado. En consecuencia, lo que se propone es que el Estado subsidie la diferencia que se produce cuando el 7 por ciento de la cotización es menor que el precio que cada persona debe pagar por el AUGE, de manera que, con este subsidio, puede elegir libremente si contrata con Fonasa o con una isapre.

Renovación Nacional, se sumará a todo proyecto que beneficie la salud, especialmente de la clase media y de los más pobres. Por esto, va a votar a favor las modificaciones.

He dicho.

El señor **LEAL** (Vicepresidente).-
Tiene la palabra la diputada Carolina Tohá.

La señora **TOHÁ** (doña Carolina).-
Señor Presidente, lo más importante del proyecto es que, finalmente, da vuelta la manera en que habitualmente funcionan los servicios de salud, aquí y en todas partes.

Todos los días se toman decisiones acerca de qué se prioriza y qué se posterga. Siempre los recursos y el personal son insuficientes para cubrir, de manera satisfactoria, toda las necesidades. Por eso, la gran virtud del proyecto es que, en el futuro, las decisiones -que hoy se adoptan con distintos criterios, los cuales no conocemos- serán adoptadas con criterios objetivos, de acuerdo con las necesidades, prioridades y problemas que afectan a la población chilena, los cuales se harán exigibles.

Eso significa que aquellas enfermedades que ocasionan más pérdidas de vidas humanas en etapas tempranas, o que ocasionan incapacidad en personas que podrían haber continuado siendo capaces si hubieran recibido una atención oportuna -esto explica el 80 por ciento de la pérdida de vidas e incapacidades-, quedarán resueltas a través de estas garantías establecidas con criterios objetivos, transparentes y exigibles.

Esto es muy importante, porque, finalmente, vamos a tener derechos, y cuando la gente sienta que éstos son vulnerados, podrá exigirlos. Asimismo, cuando no se cumplan las garantías, habrá sanciones, sean éstos prestadores privados o públicos. Éste es el cambio fundamental que establece la reforma. En muchos países donde los sistemas de salud son muy desarrollados, el ciudadano no tiene la posibilidad de saber lo que puede exigir, ni los instrumentos para demandar. Por ello, es un avance gigantesco del proyecto. Ya las enfermedades que están en el plan piloto son un aporte fundamental, que la gente valora tremendamente.

DISCUSION SALA

Pero, ¿cuál es el temor que ha existido? Que por el hecho de que se establezcan las prioridades de las enfermedades que van a estar garantizadas, el resto quede postergado y se produzca un deterioro en su atención.

El proyecto tuvo un avance en su tramitación en el Senado, ya que en el artículo 3° se estableció con mayor claridad la obligación de los sistemas de salud, particularmente del sistema público de salud, en orden a garantizar los estándares actuales y dejar explicitadas las condiciones en que se va a prestar atención respecto de las enfermedades que no están en el Auge. Y cuando el Auge se revise y se aumente, que eso no vaya en detrimento de los estándares de las enfermedades que no están comprendidas. Esto es muy importante, y era el temor de todos, que por centrar la atención en el Auge, se descuidara lo demás. Es importante que eso se cumpla. Se garantiza que no se va a deteriorar, sino que se van a explicitar los criterios y, cuando el Auge se aumente, no será en detrimento de las enfermedades que han quedado fuera de dicho sistema.

Lo importante de esta reforma es cambiar el foco hacia la atención primaria y la prevención. Eso se logró mejorar también en el Senado, porque se estableció y garantizó exámenes preventivos a todas las personas, sean afiliados del sistema público o del privado.

Al mismo tiempo, se aumentaron los recursos en atención primaria del 12 al 18 por ciento. Sin embargo, creemos que esto tiene que intensificarse aún más, tenemos que hacer un esfuerzo muy grande, porque es un cambio cultural enorme, de una cultura hospitalaria y curativa a una de atención primaria y preventiva. Y la clave del éxito de toda esta reforma está en que lo hagamos persistentemente, con mucha energía, y que este avance del proyecto se complemente con políticas públicas y con una atención permanente de todos para cambiar el foco de la reforma.

Sin embargo, hay un punto negro. Es lamentable y sintomático que se haya caído la base financiera que le daba solidaridad al sistema. Llega a ser triste. Han sido suprimidos el Fondo de Compensación Solidario y el Fondo Maternal Solidario, como también el subsidio compensatorio de los aportes al Fondo Maternal Solidario.

Y esto no ocurre sólo respecto de este proyecto, porque cada vez que han surgido iniciativas prosolidaridad, no hay acuerdo político. Pasó cuando se analizó el tema del 15 por ciento de niños vulnerables en el sistema educacional; con los consejos escolares, respecto del derecho de los padres a la educación subvencionada; respecto de las pensiones de las Fuerzas Armadas, en cuanto a los privilegios para ciertos grupos. También ha ocurrido con el *royalty*, donde se pretende establecer solidaridad con las futuras generaciones para cuando estos recursos no renovables ya no sean tan abundantes, a fin de que la inversión en innovación y tecnología el día de mañana les dé sus frutos.

Es necesario poner atención en esto. Es vergonzoso que cada vez que hay un proyecto que pone el acento en la solidaridad, tenemos el veto de la Derecha. Es vergonzoso que esto se repita una y mil veces. Es preciso dar cuenta al país de esa actitud.

Es cierto, en Chile había sobresueldos; lo dijo la diputada señora Cristi.

DISCUSION SALA

Todos reconocimos el error y lo cambiamos mediante un acuerdo político. Entonces, ¿por qué no podemos hacer un acuerdo político para que haya solidaridad financiera en salud? En este tema, como Concertación, vamos a persistir. Hoy no lo logramos, pero lo haremos mañana. Una y otra vez, para que los chilenos vean como votamos, como actuamos, y en las elecciones le pidan cuenta de sus posturas a sus diputados y a los candidatos presidenciales. Si hablan de solidaridad y de estar con los más pobres, actúen en consecuencia.

Este proyecto es un gran paso. Vamos a tener derechos exigibles para los ciudadanos, les daremos garantías, transparentaremos las decisiones públicas, y lo que quedó pendiente lo seguiremos trabajando persistentemente, para que el día de mañana lo podamos aprobar.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, comparto la apreciación del diputado señor Osvaldo Palma, en cuanto a que deberíamos haber hecho una reforma mucho más profunda a nuestro sistema de salud.

En verdad, el que hoy tenemos fue heredado de la dictadura, del gobierno militar, que impuso en forma arbitraria y sin consulta un doble sistema de salud: uno para quienes tienen recursos y pueden pagar un buen plan y, otro, para las personas más humildes que no tienen las posibilidades económicas de hacerlo. Éstos, se deben atender en los consultorios y hospitales públicos y aquéllos, en las clínicas y consultas privadas. De manera que en un sistema de salud que ofrece múltiples seguros, el factor financiamiento es muy importante.

Pero resulta muy difícil avanzar dentro del sistema binominal en virtud del cual estamos empatados, en particular en el Senado, en relación con las visiones políticas que existen sobre la materia. Por eso, celebro que en el Gobierno del Presidente Lagos podamos avanzar hacia un sistema de salud que entregue más beneficios y mantenga los existentes a las personas más necesitadas en salud.

Por cierto, lo que hace el plan Auge es avanzar en esa discusión, posibilitando que los más pobres, a través de un sistema de priorización de los problemas de salud, puedan acceder a los que posteriormente no les sean arrebatados por cuestiones de gestión o financieras. El sistema de priorización que se crea en virtud del plan Auge es importante establecerlo por ley, precisamente para evitar que un gobierno posterior le quite derechos ya ganados a la gente más humilde.

En estos escasos minutos de que dispongo, también quiero referirme a un aspecto que no fue tocado por los diputados de la UDI, que representan a la Derecha. Me refiero a la eliminación por el Senado de dos fondos importantes para nuestra población: el de Compensación Solidario y el Maternal Solidario. Se trata de dos fondos que iban en la línea de la solidaridad de los más ricos con los más pobres, de los más jóvenes con los más viejos y de los más sanos

DISCUSION SALA

con los más enfermos, y que apuntan a corregir las inequidades existentes en nuestro sistema de salud. El Fondo de Compensación Solidario tenía por objeto, en los casos de enfermedades graves, de acuerdo con el régimen de garantías que estamos estableciendo compensar entre sí a las isapres y al Fonasa. Por su parte, el Fondo Maternal Solidario apuntaba a que los recursos que entrega el Estado por concepto de subsidio maternal y enfermedad del hijo menor de un año, también fueran diferenciados entre los que tienen más recursos y los que perciben remuneraciones más bajas.

Ambos fondos, el de Compensación Solidario y el Maternal Solidario, fueron incluidos en la Cámara y defendidos por los diputados de la Concertación. Por eso me duele y considero muy agravante, desde nuestra perspectiva, que la senadora Matthei haya dicho: "En primer lugar, debo señalar que la Concertación tenía los votos suficientes para aprobar el Fondo de Compensación Solidario y no requería los de la Oposición". Esto no es verdad. Todo el país sabe que en el Senado no se reunieron los votos requeridos para aprobar este proyecto, porque la Derecha no los entregó. Por lo tanto, si en el plan Auge no se incorporan los Fondos de Compensación Solidario y el Maternal Solidario es porque la Derecha les negó a los chilenos la posibilidad de la solidaridad. Esto debe decirse claramente; no deben quedar dudas al respecto.

El Partido Radical Social Demócrata es partidario de que existan estos fondos que benefician a nuestra población. Nos parece que el hecho de que se hayan eliminado atenta no sólo contra los más pobres, sino también contra la clase media y, en general, contra el 80 por ciento de nuestra población. Sin embargo, somos uno de los partidos de la Concertación, respaldamos al Presidente Lagos y queremos que el proyecto sea despachado lo más rápido que se pueda, pues representa un avance en nuestro sistema de salud. Por lo tanto, anuncio que nos vamos a abstener respecto de las modificaciones del Senado que consisten en eliminar los fondos, porque no es posible que nuestra población no se beneficie con ellos sin conocer claramente la opinión de los partidos que integran la Concertación sobre la materia.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-

En el tiempo del Comité Demócrata Cristiano, tiene la palabra la diputada señora María Eugenia Mella.

La señora **MELLA** (doña María Eugenia).- Señor Presidente, ante todo, quiero destacar que este proyecto representa un nuevo avance en los derechos ciudadanos.

Tal como ha ocurrido con muchas otras iniciativas que se han discutido en el Congreso Nacional, con ésta nuevamente tenemos la posibilidad de garantizar derechos que, en este caso, son más vitales porque se relacionan con la salud. Es así como a través de este sistema de garantías vamos a entregar la posibilidad real de atención de salud a todas las personas, sin discriminación, con equidad, sin que el dinero influya en la calidad de la

DISCUSION SALA

prestación; existirá una respuesta integral -como integral es el ser humano; así define la Organización Mundial de la Salud el concepto de salud- y continua, desde la promoción hasta la rehabilitación.

Quiero manifestar mi satisfacción por este proyecto, que se suma al primero de la reforma de salud, es decir, el relativo a la autoridad sanitaria, que es como el edificio, la estructura que estamos conformando. Ahora estamos entrando a la parte dinámica, a lo que se llevará a cabo dentro de este marco.

Deseo empezar destacando dos modificaciones del Senado que son positivas, porque resuelven algunos problemas que afectaban a la comunidad y un par de legítimas inquietudes que teníamos como diputados.

En primer lugar, quiero resaltar la adecuada definición de la cobertura financiera adicional que hacen los artículos 5º y siguientes del párrafo 2º del título I. Independientemente de que los grupos A y B, beneficiarios del Fonasa, tendrán gratuidad absoluta, se establece una cobertura financiera adicional, que era una gran aspiración de la gente. En el caso de enfermedades catastróficas, en las que el porcentaje a pagar es muy alto, los afiliados de los grupos C y D pagarán sólo el 20 por ciento del costo real de la atención, pero lo más importante es que el copago no podrá sobrepasar en dos veces su sueldo. Según este sistema de cobertura financiera adicional, a un afiliado del grupo D, con un ingreso de 300 mil pesos mensuales, que pagará un máximo de 600 mil pesos mensuales; es decir, 2,03 veces su sueldo, las isapres y el Fonasa deberán financiarle el valor restante de una enfermedad que puede costar 10 ó 15 millones, lo que significará un gran apoyo para las familias. Por eso, quería destacarlo.

En cuanto al artículo 33 del párrafo 7º incorporado por el Senado, dispone que respecto de las garantías explícitas que se establezcan cada tres años, se definirán metas de cobertura obligatoria para las isapres y el Fonasa para el examen de medicina preventiva.

¿Cuál es la importancia de esto? Se podrá decir que ese examen ya existe y que, además, es gratuito, pero las isapres no entregan la información adecuada porque no les interesa que los afiliados se lo practiquen. De ahora en adelante, deberán efectuar la cobertura establecida, y a la Superintendencia de Isapres le corresponderá vigilar su cumplimiento. Además, como era habitual, no podrán cambiar arbitrariamente los planes de salud, como consecuencia del resultado del examen preventivo, situación que afectaba a muchos beneficiarios.

Lamento lo sucedido con el Fondo de Compensación Solidario; pero quiero dejar en claro que insistiremos ante el Gobierno y ante la Oposición para que en el proyecto sobre isapres se incorpore. En ese momento veremos si defienden realmente los intereses de la población, como lo han manifestado aquí.

Termino expresando que esta reforma no será válida en la medida en que no entreguemos más recursos a la atención primaria de salud. Por lo tanto, hago un llamado a mis colegas a velar por que en la discusión del proyecto de ley de Presupuestos de la nación para el 2005 se aumenten los recursos para la atención primaria de la salud, a lo que se ha comprometido el

DISCUSION SALA

ministro de Hacienda. Vigilaremos el cumplimiento de ese compromiso, porque la atención primaria requiere de mayores recursos; de lo contrario, esta reforma no va a ser efectiva.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-

En el tiempo de la Unión Demócrata Independiente, tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, hoy llegamos al trámite final de uno de los proyectos de la reforma a la salud, que tiene que ver con las garantías explícitas, el denominado Plan Auge, es decir, el acceso universal, garantizado y explícito a la atención primaria, orientado a resolver más que patologías, un conjunto de problemas. Con un criterio que considero adecuado, busca priorizar un conjunto de problemas que tendrán un tratamiento especial, desde el punto de vista del acceso, calidad y oportunidad, en forma explícita, respecto de un conjunto de otras enfermedades que si bien no quedarán sin cobertura, su tratamiento irá mejorando a través del tiempo. Lo que hoy día estamos haciendo responsablemente es lo que debe hacer todo país que no tiene los recursos económicos para satisfacer todas las necesidades de su población, tal como ocurre con el presupuesto de una familia.

Pues bien, esa carencia de recursos, propia de un país en vías de desarrollo, nos obliga a priorizar un conjunto de prestaciones que responden al mayor porcentaje de morbilidad de nuestra población. Considero novedoso e importante ese elemento conceptual, pues constituye un paso trascendental para mejorar lo que a todos nos debe motivar: el mejor acceso de ésta a la atención primaria de salud.

Esto se logra después de un largo tratamiento de casi cuatro años, y se consume en una primera etapa bastante presionada en la Cámara de Diputados, debido a la necesidad del Gobierno de exhibir algún avance en materia de salud. Después pasa al Senado, donde participa el Ejecutivo en su rol de colegislador, y en virtud de un acuerdo político se despacha esta iniciativa que, a mi juicio, perfecciona lo aprobado por la Cámara, innova en una serie de mecanismos modernos, atractivos e interesantes para resolver una serie de problemas y aclara importantes conceptos. De tal manera que creo que el trabajo del Senado significó un paso importante en esta materia.

Breves comentarios sobre algunos de estos elementos.

Son especialmente trascendentes la cobertura financiera adicional y el límite de 20 por ciento que se establece para el pago de prestaciones por enfermedades Auge.

En términos prácticos, desde el punto de vista de la cobertura financiera adicional, ¿qué significa ese límite en el caso de los deducibles catastróficos de los grupos C y D de Fonasa y de los deducibles catastróficos de las isapres?

A modo de ejemplo, un cotizante del grupo C de Fonasa, con una remuneración mensual de 150 mil pesos, tendrá un techo máximo de copago

DISCUSION SALA

anual de 220.500 pesos. El resto será responsabilidad de la cobertura financiera del plan. En el caso de una familia que pertenezca al mismo grupo de Fonasa y cuya sumatoria de ingresos sea de 150 mil pesos, su copago anual no podrá sobrepasar los 325.500 pesos.

En el caso de una familia que integre el grupo D de Fonasa -en el sistema de isapres su ingreso promedio es de 490 mil pesos- y que posea un ingreso de 500 mil pesos, la suma total de copagos, al año, frente a un deducible catastrófico, por ejemplo, de 10 millones de pesos, como podría ser por una intervención coronaria compleja para uno de sus miembros, la cual incluya la instalación de un *by pass*, no debería exceder el millón de pesos. Por consiguiente, la cobertura financiera adicional se hará cargo de 9 millones de pesos y la cobertura máxima del grupo familiar será de 1,5 millones de pesos. En consecuencia, sin duda es un avance importante.

Por último, en el caso de los deducibles catastróficos de los cotizantes en isapres con rentas más altas, por ejemplo, un millón de pesos mensuales, los copagos máximos, por ejemplo, frente a una intervención con un costo total de 10 millones de pesos, serán de 2.085.000 pesos y el copago máximo del grupo familiar de 3 millones de pesos. Es decir, en el caso de una persona el copago será equivalente a aproximadamente dos salarios y en el del grupo familiar de tres salarios, como máximo.

Ése es un avance muy importante, porque en el caso de los deducibles catastróficos la verdadera catástrofe para el grupo familiar la constituye la cuenta gigantesca a la que debe hacer frente por las prestaciones de salud. Puse el ejemplo de una cuenta total de 10 millones de pesos, pero hay cuentas de 20, 30, 40 y 50 millones de pesos, las cuales, obviamente, son imposibles de pagar.

El límite al pago de prestaciones por enfermedades AUGE, que contempla un máximo equivalente al 20 por ciento, según los tramos de renta de Fonasa o de las isapres, es un paso trascendente, importante y muy necesario.

También, quiero destacar el tratamiento que se contempla para las atenciones de urgencias.

La protección que da el AUGE considera una red asistencial de establecimientos para la atención de las personas, pero en el caso de las urgencias, ya sea por el lugar donde se producen o porque se requiere de una atención oportuna, las personas son derivadas a centros de urgencia que no forman parte de la red que se establece.

Muchas veces se cae en la tentación de enviar a la gente lo más pronto posible a su domicilio, independientemente de su condición de salud, porque el establecimiento no está en condiciones de seguir financiando su tratamiento. Este proyecto se hace cargo de ese problema. El inciso tercero del artículo 9° que propone el Senado dispone lo siguiente: "No obstante lo dispuesto en el inciso anterior -que otorgar estas garantías-, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del

DISCUSION SALA

designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento," etcétera. Y se establece un procedimiento que resta la presión sobre el grupo familiar de tener que sacar al paciente.

No voy a entrar en mayores detalles, pero ahí hay una serie de elementos que protegen en mejor forma la salud del afectado por una urgencia.

Me parece novedosa la determinación de las enfermedades que van a tener las garantías explícitas, que en el plan piloto que ha desarrollado el Gobierno son diecisiete. Sin embargo, por lo que se ha dicho, el objetivo del próximo año es llegar a veinticinco problemas de salud.

La presión de la comunidad en este tema es infinita. Todos quieren que las enfermedades que les afectan estén dentro del grupo AUGE. Pero, un país que tiene recursos escasos prioriza y busca atender, primero, lo más urgente, lo que tiene mayor necesidad.

¿Cómo hacerse cargo de la presión natural y propia que va a generarse sobre la autoridad de turno, sobre el Gobierno que esté, por grupos organizados? El proyecto establece las garantías explícitas. ¿Cuáles van a ser las enfermedades? ¿La lista será elaborada por el Ministerio de Salud de acuerdo con un procedimiento?

Quiero recalcar que las garantías de salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las instituciones de salud previsional estipuladas para un período de doce meses, significativamente diferente a la prima universal que se haya establecido conforme al inciso inicial.

Además, la elaboración de la propuesta de garantía explícita en salud deberá determinarse por un listado de prioridades en salud, de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución o la extensión o a la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedad, y cuando sea posible su relación costo-efectividad.

Es decir, no podrá cualquier gobierno, bajo cualquier presión, meter cualquier enfermedad, sino que habrá un procedimiento objetivo, transparente, que considera variables económicas, de salud de la población y de extensión o no de la calidad de vida que se genera con la intervención en la forma de determinar. De esa manera, se minimiza una demanda que puede ser infinita.

Finalmente, es importante destacar los mecanismos de mediación que se establecen, que constituyen una innovación muy importante que no estaba en el proyecto de la Cámara. Tiene que ver con cómo nos hacemos cargo de uno de los riesgos más importantes que implica el concepto de garantías explícitas en salud, cual es la judicialización del tema; las muchas y muy numerosas demandas que podrían recaer sobre el Estado si las garantías no se cumplen.

Para evitar una judicialización, que es cara, larga y, de alguna manera, dificulta llegar a un acuerdo con el prestador, se establece, en el párrafo II, "De la mediación", artículos 43, 44, 45, etcétera, una instancia de mediación

DISCUSION SALA

previa a los tribunales de justicia, el derecho del interesado de presentar un reclamo a través del Consejo de Defensa del Estado.

Sin perjuicio de que el paciente siempre podrá, y a todo evento, salirse del procedimiento y recurrir a la instancia judicial cuando lo estime pertinente, la iniciativa favorece la búsqueda de un acuerdo que sea justo.

Termino haciéndome cargo de una serie de expresiones que algunos diputados que me antecedieron en el uso de la palabra han hecho respecto del Fondo de Compensación Solidario y del Fondo Maternal Solidario, que fueron eliminados en el Senado. Dichos fondos fueron eliminados por la unanimidad de los senadores de la Concertación. Votaron por su eliminación los senadores de la Democracia Cristiana, del Partido por la Democracia, del Partido Socialista y los designados del Partido Radical, senadores Silva Cimma y otros. También votaron en tal sentido los senadores de la UDI y de Renovación Nacional.

Digo esto con el objeto de corregir una serie de afirmaciones que no se compadecen con la realidad, en el sentido de que hubo un veto de la Derecha. Cuando algunos sectores de la Concertación esgrimen el argumento de la lucha de clases, siempre tratan de establecer que la Derecha es culpable de todos sus males y que ellos son los únicos solidarios que se preocupan de los pobres. Ese discurso añejo no tiene cabida en una democracia moderna.

Tampoco cabe, en justicia, establecer solidaridades con bolsillos ajenos. Algunos parlamentarios reclaman por la falta de solidaridad, pero debemos decir que querían establecer esos fondos con la cotización de los usuarios, es decir, que a los más jóvenes se les restara un porcentaje del 7 por ciento de su cotización para solidarizar con los más viejos.

Las cotizaciones son de propiedad individual del cotizante; el 7 por ciento para salud no es un impuesto. Es un porcentaje que financia el plan de salud que elige cada cotizante. Incluso, muchos chilenos cotizan más del 7 por ciento legal.

De manera que lo primero que se debe corregir es que los fondos solidarios deben financiarse con los impuestos y no con las cotizaciones de las personas. Es inconstitucional, es agravante pretender quitarle parte de las cotizaciones de salud a los beneficiarios del sistema para solidarizar con otros. Los fondos solidarios deben financiarse con los altísimos impuestos que pagamos todos los chilenos, no metiendo la mano en sus bolsillos para arrebatarles parte de sus cotizaciones. En especial, una vez más, se pretendía afectar a la clase media, que mayoritariamente cotiza en el sistema, con un promedio de rentas entre 450 mil a 500 mil pesos, para practicar una solidaridad malentendida.

Entiendo que algunos sectores de la Concertación estén mal acostumbrados y pretendan hacer solidaridad con los bolsillos ajenos. Desgraciadamente, hemos visto cómo un grupo de prominentes demócratacristianos y del Partido por la Democracia se hicieron una autosolidaridad y se pagaron jugosas indemnizaciones con el dinero de todos los chilenos. Sé que les gusta solidarizar con el bolsillo ajeno. Otros fueron tremendamente solidarios y se pagaron sobresueldos entre ellos, nuevamente

DISCUSION SALA

a costa del bolsillo de todos los chilenos; está muy arraigada en la Concertación esa mala costumbre de ser solidarios con el bolsillo de otros. Pero debemos erradicar esas malas costumbres. Aquí no hay oposición a ninguna solidaridad.

Me parece interesante la indicación que el Gobierno anunció al proyecto que modifica la ley de isapres, con el propósito de establecer un fondo interisapres. Es una materia digna de discutirse y habrá que estudiarla en profundidad en el Senado.

La solidaridad en el sistema de salud debe hacerse con eficiencia y productividad. Hemos triplicado el gasto público en salud en los últimos diez años. ¿Ha aumentado el rendimiento del sector salud con ese dinero, que sale del bolsillo de todos los chilenos, por la vía del pago de impuestos? Desgraciadamente, pese al esfuerzo del Congreso Nacional, con el apoyo de la Oposición, de la Derecha -como dicen algunos-, vemos un Gobierno y una Concertación ineficientes en la administración de las platas de la salud. Miles de millones de deudas con los hospitales públicos, hasta de 50 mil millones de pesos. Cincuenta mil chilenos en lista de espera; 18 mil de ellos en la Región Metropolitana. Productividad por peso gastado, aunque no les guste la palabra productividad.

La solidaridad también se hace con eficiencia; gastando bien las platas de todos los chilenos, sin corrupción, con honestidad y productividad.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Edgardo Riveros.

El señor **RIVEROS**.- Señor Presidente, si se tuviera que analizar este proyecto desde una perspectiva comparativa, se tendría que decir que, ciertamente, implica un avance en el sentido correcto de mejorar las condiciones de salud.

Me voy a referir a los fondos solidarios, establecido en los títulos III y IV del proyecto despachado por la Cámara. Estoy en completo desacuerdo con las modificaciones del Senado. La eliminación de estos fondos no es el paso adecuado, porque, aunque se haga todo un alegato sobre la solidaridad, como el que hemos escuchado al colega Melero, el ámbito en el cual hay que introducir un sentido de solidaridad es precisamente en el sector salud. No veo qué otra solidaridad puede haber en un sistema de salud que no sea la de personas sanas a enfermas; de jóvenes a mayores de edad; de mujeres que no están en edad fértil respecto de otras que sí lo están. No veo qué otra solidaridad real pueda haber que no sea crear un fondo a partir de esos criterios. Además, ¿quién está exento de enfermarse de manera crónica o catastrófica? Nuestra aspiración es llegar a una edad avanzada. Todos quieren ser padres de familia. No introducir, en esta materia, un elemento de solidaridad, me parece que no es ir por el camino correcto.

Por eso, solicito al señor ministro de Salud que nos señale formalmente

DISCUSION SALA

de qué manera compensará la supresión de los títulos III y IV del proyecto para mantener el sentido solidario que éste tenía cuando la Cámara lo despachó en su momento. Por lo menos, mi voto, en esos títulos, dependerá de la respuesta que el ministro de Salud formule al respecto.

Ahora bien, aquí se nos trata de esconder otro aspecto inmerso en el sistema de salud, relativo a la administración privada de las isapres, que lesiona los intereses de la clase media o de otros segmentos de la sociedad chilena. ¡Cuidado! La historia, el debate, lo que se dice públicamente está presente. Hay sectores políticos que, cuando se toca a las isapres o las AFP, reaccionan como el puercoespín al roce. Ésa es la verdad de las cosas. Para qué nos engañamos. Detrás de esto también existe la defensa de un determinado sistema de administración privada de salud que tiene, en medio de ello, un destacado afán de lucro. Si no, obsérvese lo que ocurre a los afiliados a las isapres. Muchos señalan que el sistema sólo funciona mientras la persona no cumpla determinada edad o no se enferme de manera grave o crónica, porque cuando una o las dos cosas ocurren, dicho sistema se las arregla para expulsarla, de una u otra manera, del plan a que esté incorporado.

Por eso, es urgente introducir el sentido de solidaridad en el sistema de salud, entre otras cosas, porque el sentido de lucro con el cual se mueven las instituciones privadas de salud obliga a reemplazar los excedentes, que son enormes. Veamos, por ejemplo, cuál fue el resultado de rentabilidad sobre el patrimonio que esas empresas tuvieron durante 2003. Respecto del tema de los excedentes, que representan utilidades para los dueños de las isapres, vamos a tener que introducir, de alguna manera, un sentido de solidaridad que hoy el sistema no contempla.

Espero la respuesta del señor ministro de salud, sobre la cual yo basaré mi voto, en relación con los títulos III y IV del proyecto, modificados por el Senado de la República.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, quiero recordar algo que, en el mundo de la salud, se sabe internacionalmente, cual es que para ser exitoso en cualquier sistema de salud, debe buscarse el delicado e indispensable equilibrio entre cuatro factores tremendamente importantes: primero, la equidad; segundo, la eficiencia; tercero, la libertad, y cuarto, la satisfacción de las personas. Esto está al alcance de quien lo quiera leer, en cualquier libro sobre salud pública.

Estos factores, según mi opinión, están presentes en las iniciativas que hemos aprobado no hace mucho tiempo en el Congreso Nacional y también en ésta, que establece un sistema de garantías explícitas. Este proyecto avanza en ese sentido al establecer que dichas garantías explícitas serán constitutivas de derecho para los beneficiarios, y que su cumplimiento puede ser exhibido o

DISCUSION SALA

representado ante el Fonasa, las isapres o la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Aquí se han dicho muchas cosas; pero, al parecer, ellas se han enunciado en el contexto de un diálogo de sordos. Algunos diputados han expresado sus reservas respecto de los resultados de este proyecto, soñando con una gran reforma. Según algunos, entre los cuales me cuento, no hay necesidad de ella. La diputada señora Cristi mencionaba los avances que ha habido en cuanto al plan Auge, en circunstancias de que aún no tenemos ley sobre la materia. Lo dijimos hace dos años: no había necesidad de ley alguna para poder priorizar la atención de la población en relación, precisamente, con sus necesidades. Lo que hay que hacer es perfeccionar lo que hoy tenemos, y no olvidar que, en materia de salud, tenemos un sistema mixto en el que debieran conjugarse y complementarse tanto el sector público como el privado.

Me asombra la divergencia que hay al interior de la Concertación, cuyos senadores -como ya se dijo- votaron en contra todas las modificaciones que hoy analizamos. Ello significaría que en el Senado hay sólo senadores de Derecha, para considerar esto como un agravio, aparentemente.

Discrepo, también, de que el sector privado no aporte nada a este proyecto. Ese sector contribuye en forma importante al financiamiento de la salud en Chile, como no lo hacía antes, cuando existía sólo el sistema público de salud. El Servicio Nacional de Salud, único en esa época, dueño del 95 por ciento de las camas de los hospitales de Chile, construido con las platas de nuestras empleadas domésticas y de la Caja de Seguro Obrero, desplazaba a los verdaderos usuarios para que sus dependencias fueran usadas, precisamente por los padres, hermanos o quizá algunos de los diputados presentes. Ésa fue la génesis del aporte del sector privado para que el sistema público estuviera dedicado especialmente a atender a los usuarios del sector público.

Cuando se ha recordado que el presupuesto para el sector salud se ha multiplicado por más de tres y hoy supera el billón 600 mil millones de pesos, lo primero que debe hacerse es manejar eficientemente los recursos de que se dispone y confiamos en que el Ministerio así lo hará.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-

En el tiempo del Comité Demócrata Cristiano, tiene la palabra el diputado Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señor Presidente, quiero hacer notar un tema que es más de forma que de fondo.

En el tratamiento de los proyectos de ley de la reforma en general, esta Cámara de Diputados ha sido bastante maltratada. En 2002, cuando discutíamos los proyectos de ley sobre autoridad sanitaria y financiamiento, que quedaron radicados en las comisiones unidas de Salud y de Hacienda, y cuando en junio de ese año ingresó este proyecto de ley del Auge y de reforma a la ley de isapres, que se radicaron en la Comisión de Salud, nos pusieron urgencia calificada de "simple". Es decir, debíamos tramitar esos cuatro proyectos en treinta días.

DISCUSION SALA

Aunque, posteriormente, el proyecto de financiamiento pasó a otra área, en ocho meses, al 31 de enero de 2003, ya habíamos tramitado los otros tres importantísimos proyectos.

Además, en el Congreso fuimos capaces de dar espacio a los distintos actores involucrados. No nos olvidemos de cuál ha sido la postura de los gremios de la salud en esta materia, porque estamos sacando adelante una reforma a la salud contraria a los trabajadores del sector. Sin embargo, en el Senado de la República, durante todo el año 2003 -ien doce meses!- se trató sólo, exclusivamente el proyecto de autoridad sanitaria. Ahora, en 2004, hace seis meses que se discute el proyecto del Auge, el cual hoy se nos envía, en tercer trámite constitucional, con suma urgencia, sin tener la posibilidad de conocer en profundidad las modificaciones del Senado.

A mi juicio, esta situación amerita que el Presidente de la Cámara de Diputados haga la observación correspondiente al Ejecutivo.

Por consiguiente, debido a la rapidez con que hemos tenido que analizar la iniciativa, sólo quiero referirme a dos puntos que me parecen importantes.

La modificación del artículo 11, que en su letra b) suprime el inciso tercero, elimina la libertad de elección. Ahí se establece que los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos por el artículo 10 que habla de atención primaria. Esto que, en mi concepto, nos costó mucho incorporar en el proyecto de ley sobre el Fonasa, que suprimió el 2 por ciento a las isapres, se elimina en este proyecto.

Finalmente, en el artículo segundo transitorio se dispone que la prima universal sólo podrá reajustarse en la variación que experimente el índice general real de remuneraciones. Es una reajustabilidad muy baja que coloca un tope a la prima universal y no corresponde. Por ello, el artículo segundo transitorio debe eliminarse.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-

En el tiempo del Comité del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado Guido Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señor Presidente, nadie tiene dudas respecto de la importancia de una reforma de salud, porque el país la necesita, aunque, a veces, uno escucha opiniones de personas que, pareciera, no conocen nuestra realidad. Chile tiene un modelo de salud que quiere ser imitado en todo el mundo. Es cierto que presenta deficiencias, pero con 250 dólares per cápita, no hay modelo más eficiente en el mundo que el chileno, que tiene casi los mismos indicadores que los de Estados Unidos y mejores que varios de los países europeos. Cuando uno tiene una fortaleza como ésta, por una cuestión de sentido común más básico, no la demuele, sino que intenta recuperarla para construir a partir de ella.

Debemos rebatir toda esta discusión respecto de la eficiencia del sistema público chileno, pues es uno de los sistemas más eficientes del mundo,

DISCUSION SALA

reconocido en todas las mediciones de estándares internacionales, por lo que debiéramos sentirnos orgullosos de nuestro sistema.

Ahora bien, una reforma de salud para Chile tiene desafíos. La última reforma se hizo hace casi 60 años. Con ella se obtuvieron logros que todavía vemos. Ustedes saben que el plan materno infantil data de hace cincuenta años. Gracias a él ha podido bajar la mortalidad infantil y la materna y se han logrado éxitos en materia de desnutrición, aunque se nos pasó la mano, ya que actualmente tenemos problemas de obesidad.

Los programas destinados a resolver problemas respiratorios datan de hace años, y han permitido disminuir la mortalidad y enfrentar las patologías más graves que afectan a muchos niños; hay muchos hospitalizados, pero no se mueren. Sin embargo, debemos hacer cambios respecto de problemas de salud que significarán fracasos en el futuro, como las enfermedades crónicas no transmisibles, las hipertensiones, las diabetes, los infartos, respecto de las cuales debemos poner énfasis en las acciones preventivas.

Un segundo tema, tal vez el más importante, es que los precios de la salud se están globalizando. Estados Unidos gasta alrededor de cinco mil dólares per cápita al año y los países europeos sobre tres mil dólares. En consecuencia, Chile no puede, sólo a costa de un sistema público que gasta 250 dólares per cápita al año, financiar y otorgar una garantía financiera para todos los chilenos. ¡Es imposible! Los escáneres y las prótesis, por ejemplo, valen lo mismo en Estados Unidos, en Europa y en Chile. Por lo tanto, si no inyectamos más recursos, veremos naufragar cualquier posibilidad de mejoramiento en la salud.

El problema fundamental que tiene el sistema público de salud es la falta de recursos. Algunos colegas hablan de las colas, de los endeudamientos, de los rechazos, todo lo cual tiene que ver con la falta de recursos.

¿De adónde salen los recursos? En un país como Chile pueden salir de dos fuentes: del aumento al aporte fiscal y de la solidaridad. Si tuviéramos coraje moral, debiéramos financiar la salud a través de impuestos progresivos y no regresivos, a través de impuestos generales; pero no hay coraje para ello. Todos los países desarrollados, los que tienen un buen sistema de salud, lo hacen a través de impuestos generales. Sólo en Chile, que tenemos una visión regresiva, traspasamos la responsabilidad de financiar esto a las personas, para que lo hagan a través de una cotización individual, lo que es tremendamente regresivo, pero de alguna parte tienen que salir los recursos. No se puede obtener todo del aporte fiscal, pues eso significaría, incluso, alterar nuestros equilibrios macroeconómicos.

Solidaridad es, en Chile y en todas partes, que los que tienen más van en ayuda de los que tienen menos, que los sanos van en ayuda de los enfermos. Por eso, quiero recordar que la Derecha y las isapres no echaron abajo el fondo de compensación de riesgo, sino el fondo universal solidario.

El 21 de mayo de 2001, el Presidente Lagos planteó al país la idea de un fondo universal solidario, que se componía con tres séptimos del 7 por ciento de los afiliados a las isapres. Algunos dirán que eso es expropiar un recurso de los afiliados a las isapres. A ellos les replico: ¿por qué quienes tienen más expropian

DISCUSION SALA

los recursos de los pobres? ¿Hasta cuándo los recursos que debieran destinarse a Cerro Navia, a Lo Espejo y a las comunas y regiones más pobres de este país se utilizan para pagar las vacunas, las acciones de prevención y de promoción, así como las atenciones de urgencia de los afiliados al sistema de salud privado, que son los chilenos de más altos ingresos? Aquí, como dicen algunos, no se aplican políticas de Robin Hood, sino que de Hood Robin. Éste es el mundo al revés. No conozco modelo en el mundo en que los pobres financian la salud a los ricos. Sólo aquí, gracias a una Derecha obstinada que defiende intereses de isapres, de rentabilidades y económicos, no es posible avanzar en esta materia.

Lo que se transó fue el fondo universal solidario. ¿Saben cuánto reportaba ese fondo al sistema? Que lo sepa el país, porque si esos recursos no se reponen, será muy difícil que se logre financiar la reforma de salud. Ese fondo significaba 549 mil millones de pesos adicionales, para compensar los recursos de los chilenos que no pueden pagar su salud por cuenta propia. El Estado tenía la posibilidad de ir en ayuda de los más pobres y de hacer de la salud un derecho. Pero cuando se perdió esa posibilidad, cuando la derecha, que defiende intereses económicos y no la salud de los chilenos, ganó ese punto, se creó un fondo mínimo, llamado fondo de compensación de riesgo, en consideración a que las isapres echaron a todos los viejos y a los enfermos que ahora están en el Fonasa. Este fondo tenía por finalidad establecer un equilibrio por edad y sexo, considerando que el Fonasa tiene a los viejos y a las mujeres, y las isapres a los jóvenes y a los hombres, y consistía en que, por sexo y edad, la isapre debía devolver al Fonasa 16 mil millones de pesos. ¡Hasta a eso se opusieron las isapres!

La Derecha defendió inmediatamente los intereses de esas instituciones, por lo que acusaron, amenazaron y chantajearon con que iban a ir al Tribunal Constitucional y con que no iba a haber reforma si no se resguardaban esos 16 mil millones de pesos que provenían de los negocios y de las utilidades de las isapres.

La Concertación cometió dos errores: no tener coraje para defender el fondo universal solidario y, luego, tener menos coraje al aceptar los chantajes de las isapres y retirar el fondo de compensación. ¿Con qué nos quedamos? Con una reforma que será muy difícil de financiar. Eso es lo que el país debe saber.

Además, las isapres tampoco quisieron un plan de salud pública. Éste se refiere a un conjunto de acciones exigibles, igual que el plan Auge, pero para promoción. Por ejemplo, para detectar precozmente el cáncer de próstata o la hipertensión, o para hacer test de esfuerzo. Eso no figura en una reforma que dice que su objetivo es la prevención. La razón fue que las isapres se opusieron a pagar a sus cotizantes acciones preventivas, porque como los pueden echar, les da lo mismo preocuparse de su salud. Y ahí estuvo la Oposición, defendiendo a pie firme a esas instituciones.

Necesitamos que haya más recursos para la atención primaria. Actualmente, es un pasadizo que no resuelve nada y que colapsa las atenciones de urgencias y los hospitales. Pero no hay recursos para ir en su ayuda, porque no hay un fondo universal solidario y porque las isapres se opusieron a que

DISCUSION SALA

hubiera un sistema de salud pública competitivo, pues quieren, sobre la base de la debilidad del sistema público, que no tiene recursos, seguir aumentando sus utilidades y sus pacientes.

Esta reforma ha sufrido un ataque terrorista; ha sido sabotada y despojada de los instrumentos más vitales para que tenga viabilidad; esta reforma es como un avión sin motor y sin cola, y por lo cual está obligada a fracasar.

El Partido por la Democracia quiere que en Chile haya solidaridad, que haya derecho a la salud y que no sea un privilegio de los que tienen plata. Cada uno de los que cotizan en una isapre "mata su toro", cada uno se lo arregla. Pero también los que están en isapres sufren un vil despojo, porque todas las legislaciones son un traje a la medida para la usura y para el abuso de esas instituciones en contra de sus propios cotizantes. Lo vemos todos los días. Incluso, lo ven quienes son beneficiarios de las isapres.

Hablar de esto no tiene sentido, porque todos los que estamos aquí hemos recibido esas mismas quejas. Es imposible tocar un pelo de la cola a las isapres, porque tienen quienes defiendan sus intereses, que no son ni siquiera los de sus propios afiliados ni menos los de los once millones de chilenos beneficiarios del Fonasa.

Por eso, si no se repone al menos el fondo de compensación de riesgo, que no es el fondo universal solidario de 500 mil millones de pesos, sino el fondo de 16 mil millones de pesos, que es de dignidad; si no se repone un plan para que todos los consultorios tengan especialistas básicos, como internistas, pediatras, psiquiatras o ginecólogos, para que resuelvan los problemas de salud en la atención primaria, y si no se repone el plan de salud pública, con acciones de promoción y de prevención, vamos a votar en contra de esta reforma, que la derecha ha intentado destruir.

He dicho.

-Aplausos.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, del informe de la Comisión Mixta no se desprende que el Senado haya rechazado las normas relacionadas con el Fondo de Compensación Solidario y con el Fondo Maternal Solidario por la unanimidad de sus miembros. Entiendo que fueron rechazadas con los votos de los senadores del PPD, del Partido Socialista y de la Democracia Cristiana.

Por lo tanto, sólo quiero saber cómo votaron esos senadores.

He dicho.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Cerrado el debate.
Se suspende la sesión por diez minutos.

-Transcurrido el tiempo reglamentario:

DISCUSION SALA

El señor **OJEDA** (Vicepresidente).-

Continúa la sesión.

Se suspende la sesión por cinco minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Continúa la sesión.

Corresponde votar las enmiendas del Senado al proyecto que establece un régimen de garantías en salud, con excepción de los artículos 22 al 36, respecto de los cuales se ha solicitado votación separada.

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 105 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 1 abstención.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- **Aprobadas.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Cubillos (doña Marcela), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Errázuriz, Escalona, Espinoza, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Ibáñez (doña Carmen), Jaramillo, Jarpa, Kast, Kuschel, Leal, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Longton, Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Montes, Mora, Moreira, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Tarud, Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Accorsi.

-Se abstuvo el diputado señor Girardi.

DISCUSION SALA

El señor **LORENZINI** (Presidente).- Corresponde votar las enmiendas del Senado a los artículos 22 al 28, referidas al Fondo de Compensación Solidario.

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 75 votos; por la negativa, 8 votos. Hubo 26 abstenciones.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- **Aprobadas.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Correa, Cristi (doña María Angélica), Cubillos (doña Marcela), Delmastro, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Ibáñez (doña Carmen), Kast, Kuschel, Leay, Longton, Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Mora, Moreira, Mulet, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paya, Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Cornejo, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jeame Barrueto, Letelier (don Felipe) y Saffirio.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Aguiló, Allende (doña Isabel), Bustos, Ceroni, Encina, Escalona, Espinoza, Jaramillo, Jarpa, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Montes, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Robles, Rossi, Sánchez, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela y Venegas.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-
En votación las modificaciones a los artículos 29 al 34.

DISCUSION SALA

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 76 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 30 abstenciones.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- **Aprobadas.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:
Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Correa, Cristi (doña María Angélica), Cubillos (doña Marcela), Delmastro, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Ibáñez (doña Carmen), Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leay, Longton, Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Mora, Moreira, Mulet, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paya, Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Accorsi.

-Se abstuvieron los diputados señores:
Aguiló, Allende (doña Isabel), Bustos, Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Montes, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saffirio, Sánchez, Tarud y Venegas.

El señor **LORENZINI** (Presidente).-
En votación las enmiendas a los artículos 35 y 36.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 73 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 34 abstenciones.

El señor **LORENZINI** (Presidente).- **Aprobadas.**
Despachado el proyecto.

DISCUSION SALA

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Correa, Cristi (doña María Angélica), Cubillos (doña Marcela), Delmastro, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Ibáñez (doña Carmen), Kast, Kuschel, Leay, Longton, Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Monckeberg, Mora, Moreira, Mulet, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paya, Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Rojas, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Accorsi.

-Se abstuvieron los diputados señores:

Aguiló, Allende (doña Isabel), Bustos, Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Montes, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Sánchez, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela y Venegas.

3.2. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora

Oficio aprobación de modificaciones, 10 de agosto de 2004. Cuenta en Sesión 20, Legislatura 351, Senado

Mlp/mt
c

Oficio N° 5081

VALPARAISO, 10 de agosto de 2004

La Cámara de Diputados, en sesión de esta fecha, ha tenido a bien prestar su aprobación a las enmiendas propuestas por ese H. Senado al proyecto que establece un régimen de garantías en salud, boletín N° 2947-11.

A S. E. EL
PRESIDENTE
DEL
H. SENADO

Lo que tengo a honra decir a V.E., en respuesta a vuestro oficio N° 24.012, de 6 de agosto de 2004.

Devuelvo los antecedentes respectivos.

Dios guarde a V.E.

PABLO LORENZINI BASSO
Presidente de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO
Secretario General de la Cámara de Diputados

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

3.3. Oficio de Cámara de Origen al Ejecutivo

Oficio de Ley al Presidente de la República, comuna proyecto de ley aprobado, 10 de Agosto de 2004.

mlp/mtc
S.26^a

Oficio N° 5082

VALPARAISO, 10 de agosto de 2004

A S. E. EL
PRESIDENTE
DE LA
REPUBLICA

Tengo a honra comunicar a V.E., que el Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY:

"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1°
Disposiciones Generales

Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Artículo 2°.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

Artículo 4º.- Para los efectos previstos en el artículo 2º, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

b) Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado,

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Párrafo 2º
De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5º.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4º de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos, según corresponda, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6º.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7º.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a el o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, o del primer evento, según corresponda. Si en el referido período se

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquél en que se devengue el primer copago.

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Párrafo 3°

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.

Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°
Del Consejo Consultivo

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud, durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º de este Título.

Párrafo 6º

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4º. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red Asistencial que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen General de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquél donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2º de esta ley: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

Párrafo 7º
Otras obligaciones

Artículo 31.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 32.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

el Índice General Nominal de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 33.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), de la siguiente forma:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquél en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

ii. Sustitúyese la frase “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras “afiliado” y “afiliados” por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público” por “organismo de la administración del Estado”.

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra “afiliado” por “beneficiario”.

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión “, y” por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra “y”, precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°, respectivamente:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 36.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase "por petición expresa del Ministro de Salud" y terminan con la frase "si las circunstancias así lo ameritan", así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 37.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen General de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO III
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Párrafo I
Disposiciones Generales

Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contado desde la acción u omisión.

Artículo 41.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilitación del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley N° 19.880.

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso primero del artículo 7° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a el o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos,

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 2,04 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 3,06 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, las Garantías Explícitas entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud indicadas en el N° 1 del artículo anterior y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir el costo esperado de las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.

Artículo tercero.- La normas de la presente ley regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto que establezca las Garantías

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Explícitas en Salud señaladas en el numeral 1, del artículo primero transitorio, conforme a las normas de dicho artículo, salvo las siguientes excepciones:

1.- El decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda que establezca las Garantías Explícitas en Salud, señaladas en el numeral 1 del artículo primero transitorio, podrá dictarse a contar de la fecha de publicación de esta ley y no le será aplicable el procedimiento de determinación de las Garantías Explícitas. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

2.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

3.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III de esta ley entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

4.- La exigencia de que el médico se encuentre registrado en la Superintendencia de Salud, contenida en el inciso final del artículo 9° de esta ley, se hará efectiva de acuerdo al numeral 2 precedente.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979, en el que se incluirá la Superintendencia de Salud creada en la ley N° 19.937.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud" por la frase "Régimen General de Garantías en Salud."

Dios guarde a V.E.

PABLO LORENZINI BASSO
Presidente de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO
Secretario General de la Cámara de Diputados

LEY

4. Publicación Diario Oficial

4.1. Ley N° 19.966

Diario Oficial, 03 de septiembre de 2004

Biblioteca del Congreso Nacional

Identificación de la Norma : LEY-19966
Fecha de Publicación : 03.09.2004
Fecha de Promulgación : 25.08.2004
Organismo : MINISTERIO DE SALUD

LEY NUM. 19.966

ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha
dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"TITULO I

Del Régimen General de Garantías en Salud

Párrafo 1°

Disposiciones generales

Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N°18.469.

Artículo 2°.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas,

LEY

enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.

Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el artículo 2°, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se

LEY

refiere el artículo 11.

b) Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N°18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N°18.469.

El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.

Párrafo 2°

De la cobertura financiera adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos, según

LEY

corresponda, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N°18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N°18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, o del primer evento, según corresponda. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

LEY

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquél en que se devengue el primer copago.

Artículo 8°.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N°18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N°18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9°.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4°.

LEY

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado o a la ley N°18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su

LEY

consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico registrado en la Superintendencia, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Párrafo 3°

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

LEY

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.

Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

LEY

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N°19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

LEY

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°
Del Consejo Consultivo

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas. Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación. Los consejeros ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud, durarán en sus cargos tres años y

LEY

su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer. Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías

LEY

Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años y así sucesivamente.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3° y 4° de este Título.

Párrafo 6°

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N°18.469 como a los de la ley N°18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones

LEY

en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N°18.469 deberán atenderse en la Red Asistencial que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N°18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen General de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N°18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N°18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de

LEY

libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N°18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2° de esta ley: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

Párrafo 7°

Otras obligaciones

LEY

Artículo 31.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N°18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 32.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por el Índice General Nominal de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 33.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N°18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TITULO II
Disposiciones varias

Artículo 34.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N°18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

"g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N°19.728 y sus causantes de asignación familiar."

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), de la siguiente forma:

"Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las

LEY

siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos."

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

"Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental."

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

"La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los

LEY

deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto. Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31."

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

i. Reemplázase la expresión "Servicio de Salud", por "Fondo Nacional de Salud".

ii. Sustitúyese la frase "de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud" por la siguiente, precedida por una coma (,): "pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red".

6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras "afiliado" y "afiliados" por "beneficiario" y "beneficiarios", respectivamente, y la frase "servicio público" por "organismo de la administración del Estado".

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra "afiliado" por "beneficiario".

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N°18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el

LEY

Régimen General de Garantías en Salud.".

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:".

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N°18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud.".

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.".

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.".

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

"Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere

LEY

el artículo 31 de la ley que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°, respectivamente:

"Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá

LEY

informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.".

LEY

Artículo 36.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N°2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase "por petición expresa del Ministro de Salud" y terminan con la frase "si las circunstancias así lo ameritan", así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 37.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen General de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N°6.174, de Medicina Preventiva; ley N°18.948; ley N°19.086; ley N°19.123; ley N°19.779; decreto ley N°1.757, de 1977; decreto ley N°1.772, de 1977, y decreto ley N°2.859, de 1979.

TITULO III

De la responsabilidad en materia sanitaria

Párrafo I

Disposiciones generales

Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

LEY

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contado desde la acción u omisión.

Artículo 41.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

Párrafo II
De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N°2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el

LEY

reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el

LEY

mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de

LEY

terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1°

LEY

del Capítulo III de la ley N°19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso primero del artículo 7° del decreto con fuerza de ley N°1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a el o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

LEY

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 2,04 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y la Prima Universal anual no podrá ser superior a 3,06 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, las Garantías Explícitas entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N°3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud indicadas en el N°1 del artículo anterior y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir el costo esperado de las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.

Artículo tercero.- Las normas de la presente ley

LEY

regirán a contar de la entrada en vigencia del decreto que establezca las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el numeral 1, del artículo primero transitorio, conforme a las normas de dicho artículo, salvo las siguientes excepciones:

1.- El decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda que establezca las Garantías Explícitas en Salud, señaladas en el numeral 1 del artículo primero transitorio, podrá dictarse a contar de la fecha de publicación de esta ley y no le será aplicable el procedimiento de determinación de las Garantías Explícitas. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

2.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N°19.937.

3.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III de esta ley entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

4.- La exigencia de que el médico se encuentre registrado en la Superintendencia de Salud, contenida en el inciso final del artículo 9° de esta ley, se hará efectiva de acuerdo al numeral 2 precedente.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N°18.469 y N°18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979, en el que se incluirá la Superintendencia de Salud creada en la ley N°19.937.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud" por la frase "Régimen General de Garantías en Salud".

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 25 de agosto de 2004.- RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.-
Saluda a usted, Antonio Infante Barros, Subsecretario de

LEY

Salud.