INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE REFORMA EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y CREA UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL.

BOLETÍN N° 13.178-11

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, iniciado en mensaje de S.E. el Presidente de la República.

****

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) <u>La idea matriz o fundamental del proyecto es</u> modificar las normas que regulan el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) con la finalidad de actualizar su regulación a la realidad nacional imperante en estos tiempos, mediante la transformación de su rol y funciones, gobernanza y atribuciones, de tal manera de transformarlo en el seguro nacional de salud y crear un plan de salud universal, que permita entregar a todos sus beneficiarios una atención de salud integral, de calidad, oportuna y económicamente accesible.

Para lograr ese objetivo, el texto original de esta iniciativa legal está estructurada en base a cinco artículos permanentes y once transitorios.

2) <u>Normas de carácter orgánico constitucional o de quórum calificado.</u>

No hay.

3) <u>Normas que requieren trámite de Hacienda</u>

No hay trámite de Comisión de Hacienda atendido que el proyecto fue rechazado en su idea de legislar.

4) <u>El proyecto fue rechazado, en general, por la mayoría absoluta de los miembros de la Comisión</u> (7 votos en contra y 6 favor).

Votaron en contra los diputados Castro (Juan Luis), Celis (Ricardo), Crispi, Ibañez, Labra, Rosas y Torres (en reemplazo del diputado Verdessi).

Votaron a favor los diputados Bellolio, Celis (Andrés), Durán, Gahona, Macaya y Ossandón.

5) <u>Diputado Informante</u>: señor Ricardo Celis Araya.

****

Durante el análisis de esta iniciativa legal, la Comisión contó con la colaboración del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, del Director Nacional de Fonasa, señor Marcelo Mosso Gómez, del fiscal de Fonasa señor Luis Brito Rosales, del jefe de Gabinete del Director señor Eduardo Ramírez, y del asesor legislativo del Ministro de Salud señor Jaime Gonzalez Kazazian.

I.- ANTECEDENTES.

- **Fundamentos del proyecto de ley contenidos en el mensaje.**

El proyecto de ley en su primera parte hace una referencia histórica a la creación del Fondo Nacional de Salud, y señala que el 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" creó el Fondo Nacional de Salud ("Fonasa"), producto de la fusión entre el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

Dicho Fondo dependería del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a su supervigilancia en su funcionamiento, políticas, normas y planes generales, en la forma y condiciones que determine la ley.

En esa oportunidad, la normativa de rango legal no entregó un rol específico al Fondo Nacional de Salud, sino que solamente especificó sus funciones las cuales, actualizadas, figuran en el decreto con fuerza de ley N°1, de Salud, de 2005, en la letra b) de su artículo 50, que señala: b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud,..., a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios respectivos en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital. En terminos generales, entonces, Fonasa tiene -en la actualidad- la función primordial y esencial de "financiar", las prestaciones de salud.

Los cuidados e indices de salud han cambiado desde esa fecha (1979) a la actualidad, haciendo necesario idear estructuras distintas para cumplir con desafíos nuevos producto de la mayor longevidad de la población con las consecuencias previsibles como la mutación de las causas de muerte, y la proliferación y prevalencia de enfermedades crónicas diversas y en mayor número. A ello, se suma la disminución relevante en el índice de nacimiento de hijos, que contrarrestado con la mayor proyección del número de años de vida, y de la aparición de otras enfermedades crónicas producto de la forma actual de vida, hacen necesario generar desafíos importantes que requieren una nueva institucionalidad para ser abordadas de manera adecuada.

La reforma mas importante a Fonasa fue efectuada en 2005, con la ley N° 19.966, en la denominada Reforma de Salud. En dicha oportunidad, se

efectuó la priorización de 50 enfermedades, que en la actualidad son 85, en el denominado Ges. Y dicha ley entrega a Fonasa el mandato de asegurar a sus beneficiarios el acceso a un conjunto de atenciones en salud, dejando de ser entonces un mero "financiador", para pasar a ser un "asegurador", en esos casos, y quedando sólo como "financiador" en el resto de las patologías no priorizadas.

En los fundamentos propiamente tales, el mensaje hace referencia a tres elementos: los desafíos de la salud pública, el modelo de atención y el modelo de financiamiento.

En el primer aspecto, se señala, que no obstante que un estudio de la OCDE sobre salud pública en Chile, “Hacia un futuro más sano, evaluación y recomendaciones”, indica que “Chile tiene un sistema de salud y arquitectura de salud pública en buen funcionamiento, bien organizado y gobernado en forma efectiva”[1], hay deficiencias y desafíos importantes que se vienen evidenciando desde hace años, y se reflejan, por ejemplo, en listas de espera de intervenciones quirúrgicas[2] no contempladas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, o listas de espera para consultas de especialistas o exámenes, así como el alto gasto de bolsillo en salud. Dichos problemas de acceso, oportunidad, y protección financiera, también se ven reflejados en las demandas ciudadanas.

De acuerdo a las cifras reportadas por la OCDE[3], mientras el tiempo de espera promedio para una cirugía de cataratas[4] en Chile es de 121 días, el promedio de los países OCDE es de 129 días, levemente superior, sin embargo, en cirugías de prótesis de cadera[5] o de rodilla, Chile tiene los tiempos de espera más largos de los países OCDE, con 433 y 861 días promedio respectivamente, en circunstancias que el promedio de la OCDE está en 161 y 227 días respectivamente. A su vez, el gasto de bolsillo en Chile representa el 35,1% del total del gasto en salud[6], mientras que en el promedio de países OCDE es 20%., que corresponde, principalmente, a medicamentos (36% en el promedio OCDE y 35,8% en Chile)[7].

Concordante con lo anterior, la encuesta de la Superintendencia de Salud, “Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017”[8],refleja un grado de disconformidad de los beneficiarios de Fonasa, que se concentra mayormente respecto al acceso a atención hospitalaria y los tiempos de espera en las urgencias y hospitales, la ausencia de especialistas, las esperas para la atención

---

[1] *Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile, hacia un futuro más sano, evaluación y recomendaciones. 2019*

[2] *A marzo de 2019 había 250.968 intervenciones quirúrgicas en listas de espera no-GES que en promedio esperaban 331 días para ser resueltas. (Fuente: Minsal)*

[3] *OECD Health Statistic 2019.https://www.oecd-ilibrary.org//sites/e61cc657en/index.html?itemId=/content/component/e61cc657-en&mimeType=text/html#*

[4] *Cabe recordar que el tratamiento quirúrgico de cataratas es uno de los primeros problemas de salud garantizados en GES y tiene una garantía de oportunidad de 180 días desde la sospecha.*

[5] *La “Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa” es el problema N°12 del GES, mientras que para rodillas sólo está garantizado el tratamiento médico en personas mayores de 55 años.*

[6] *Fuente: OCDE. stat, cifra proyectada para 2018*

[7] *Fuente: CEP. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Autores: Alejandra Benítez, Andrés Hernando y Carolina Velasco. Puntos de Referencia, Edición Digital Nº 491 octubre 2018, INE*

[8] *“Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017”. Superintendencia de Salud – Universidad de Concepción. Febrero de 2018.*

en oficinas de Fonasa y el que no sea posible comprar bonos (reembolso previo a la atención) en todos los centros de salud, así como el temor de no saber si se cuenta con los recursos necesarios para enfrentar una situación de accidente o enfermedad grave.

En una encuesta reciente[9] de la Asociación de Municipalidades de Chile, a partir del estudio denominado “Visibilizando las Prioridades de los Ciudadanos en las Comunas de Chile. Diagnóstico de los Planes de Desarrollo Comunal (Pladeco)” (Amuch, 2019), se identificaron seis áreas claves donde convergen las principales prioridades ciudadanas, siendo “Salud Pública” una de ellas. En ese aspecto, los problemas prioritarios de la salud pública están en el aumento de especialistas médicos (41,3%), la disminución de las listas de espera (26%), la mejora en la infraestructura de salud (21,2%) y la rebaja de los precios de medicamentos (11,5%).

En el segundo aspecto (modelo de atención), cabe hacer presente que el sistema público de salud está estructurado en base a un MInisterio de Salud y dos subsecretarías. El Ministerio formula, fija y controla las políticas de salud; la Subsecretaría de Redes Asistenciales, articula la red asistencial y vela por la atención a los beneficiarios del sistema, y la Subsecretaría de Salud Pública administra el servicio interno del Ministerio y tiene a su cargo las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas. A Fonasa, finalmente, como servicio público descentralizado, le corresponde el financiamiento de las prestaciones de salud.

Por su parte, el sistema público contempla por un lado las 85 patologías garantizadas en acceso, oportunidad y financiamiento, correspondiente a las denominadas Ges, y por otro lado las patologías no Ges, que tienen garantizado su acceso y el financiamiento en la medida que se atiendan por el sistema institucional de salud pública, pero no el de oportunidad, en términos generales.

En ambos casos, el mecanismo de control sanitario que permita clasificar y referenciar el tipo y uso de las atenciones médicas que permite tener un adecuado control o contención del gasto, lo cumple la atención primaria, la cual hace de “puerta de entrada” al sistema de salud público, ya que para que un usuario del Sistema Nacional de Servicios de Salud (“SNSS”) tenga acceso a consultas de especialidades o posibles procedimientos o cirugías, debe primero pasar por un establecimiento de la red de Atención Primaria de Salud (“APS”).

El rol relevante que cumple la APS es que actúa como responsable de una población a cargo (adscrita a un consultorio), y esto le permite tener la función fundamental de facilitar del acceso en la red de los Servicios de Salud. La lógica del primer nivel de atención (APS) como puerta de entrada al sistema se basa en integrar y coordinar la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población, permitiendo que la atención de servicios especializados se dé en los establecimientos de atención secundaria o terciaria (hospitales).

---

[9] *Encuesta Nacional de opinión pública: Las prioridades de los chilenos y chilenas frente a las demandas sociales. Asociación de Municipalidades de Chile. Diciembre de 2019.*

Sin embargo, hay dos maneras de obtener atención médica sin dirigirse a un centro de APS: ir directamente al servicio de urgencia de un establecimiento de atención secundaria o terciaria, o hacer uso de la Modalidad de Libre Elección MLE), la que se mantiene como opción de atención fuera de la red y con una cobertura financiera limitada en relación con el Plan de Salud Universal.

Ambos modelos no están exentos de dificultades o problemas. A pesar que las patologías Ges cuentan con garantía de oportunidad en la atención, existen listas de espera -0.23% del total de garantías otorgadas[10]- y además, ello opera en la medida que se atiendan en el sistema público de la red, a lo que sumado la eventual tardanza en la consulta, puede llevar a un diagnóstico tardío, tofo lo cual ha obligado a recurrir al sistema externo de prestadores en convenio para poder cumplir con los tiempos. Fuera de las garantías Ges, se forman listas de espera en aquellas patologías que no son parte de ellas.

Lo expuesto muestra complejidades de articulación y resolución, que requieren de mejora tanto en la eficiencia como en la resolución y el control de los servicios otorgados.

En cuanto al tercer aspecto (modelo de financiamiento), se hace presente que los servicios de salud (hospitales de resolución secundaria y terciaria) reciben financiamiento por parte de Fonasa mediante dos mecanismos: el primero asociado al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), basado en la historia presupuestaria y no asociado a la actividad hospitalaria, y el segundo, denominado Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que es un mecanismo de “pago por prestaciones” realizadas.

El resultado de estos mecanismos de pago se refleja en un constante crecimiento de la diferencia entre el presupuesto definido en la Ley de Presupuestos del Sector Público para los Servicios de Salud y el gasto operacional finalmente ejecutado por los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes, pasando del 11% de mayor gasto en 2008 hasta alcanzar el 21,9% en 2017.

Los motivos de tal desajuste creciente, no se solucionan con la entrega de recursos ilimitados. Muestra de ello es que el presupuesto del sector salud en los últimos diez años (2011-2020) casi se ha triplicado sobre el crecimiento del país y casi se ha duplicado respecto al presupuesto nacional, sin que ello este acompañado de una equivalente mejora en la atención y demanda de los pacientes, ni una disminución de las listas de espera.

En este sentido, tanto la deuda financiera como la deuda sanitaria que enfrenta el sector requieren generar los incentivos adecuados a cada uno de los actores y una propuesta de cambios en los mecanismos de pago.

En el modelo actual, las propias autoridades de los Servicios de Salud pueden contratar los servicios de instituciones externas (en el uso de las facultades contempladas en el decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud), como la compra de servicios a sociedades médicas cuando no tienen capacidad o cuando lo creen necesario. Eso genera que muchas veces las autoridades que necesitan cumplir con garantías de oportunidad no tienen otra

[10] *Durante 2018 se efectuaron 3.300.929 atenciones Ges, de las cuales a diciembre quedaron retrasadas 7.593 (Fuente:Datawarehouse Fonasa).*

fórmula más que negociar con los propios médicos de su establecimiento para realizar las prestaciones atrasadas. Al no tener una capacidad negociadora relevante, los precios establecidos no tienen mayor control, lo cual se ve agravado por los problemas de gestión hospitalaria y de eficiencia de los hospitales[11].

- **Objetivos del proyecto.**

1) La creación y desarrollo de un Plan de Salud Universal (PSU).

La creación y desarrollo de un Plan de Salud Universal es el eje de la reforma del sistema de salud chileno aquí planteado, el que busca ser el mismo para todas las personas con independencia de su sistema de salud (público o privado) con el cual se busca terminar con la inequidad en el acceso, y de esa forma, además, reducir el gasto de bolsillo, mejorando la protección financiera, y la oportunidad

Ello implica que todas las personas y comunidades tengan *acceso*, sin discriminación alguna, a *servicios integrales de salud*, adecuados, oportunos y de calidad, que sean determinados a nivel nacional de acuerdo a las necesidades, y la medicamentos, y seguros, *que impidan exponer a los usuarios a dificultades financieras*.

Para lograr este objetivo, y teniendo en cuenta que es el fundamento de un sistema equitativo, requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios; sin esos tres elementos, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar[12].

La implementación exitosa de una cobertura universal requiere, además del reforzamiento del primer nivel de atención, la creación de un “paquete de beneficios” pues cumplen un rol fundamental respecto al avance hacia un sistema eficiente y efectivo de racionamiento de recursos, establecido bajo criterios claros de priorización que determinan la entrega de servicios de salud.

En particular, la definición de paquetes o conjunto garantizado de servicios de carácter progresivo para toda la población, está ligada a las dimensiones de tipo y cantidad de servicios a otorgar, de extensión de la población cubierta y de protección financiera. Dicho conjunto de beneficios es, a la luz de este proyecto, el establecimiento de un Plan de Salud Universal (“PSU”), que tendrá como componentes los servicios que se otorgarán -según prioridades definidas de acuerdo a criterios objetivos, como el costo-efectividad, la priorización de aquellos que se encuentran en peor situación, y la protección contra riesgos financieros-, la población a la que llegarán, y la protección financiera que tendrán.

2) Un nuevo Fonasa.

---

[11] *Un reciente estudio de la Comisión Nacional de la Productividad, encargado por Mandato Presidencial y cuyos resultados preliminares fueron entregados en junio de 2019, muestran una serie de problemas evidenciados en la eficiencia hospitalaria y gestión de tiempos de espera quirúrgicos (no Ges) debido a problemas como el esquema de financiamiento, el ausentismo, y otros.*

[12] *(CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014).*

La idea central es que pueda cumplir un rol más activo en el sistema de salud, para lo cual se proyecta fortalecer su institucionalidad de manera que pueda ser un verdadero "seguro público" de salud, que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. Eso implica que progresivamente avance en asumir tal rol en el sistema de salud para sus beneficiarios.

De esa manera, el proyecto se centra en este aspecto, fundamentalmente en:

- La implementación de un modelo de atención basado en la creación de una red de prestadores definida por Fonasa, con un nuevo rol, nueva gobernanza, reforma a la modalidad de libre elección

- La implementación de un nuevo modelo de atención basado en la creación de una red de prestadores definida por Fonasa y que es, sustancialmente, la red del SNSS, pudiendo complementarse a través de convenios suscritos entre Fonasa y otros prestadores.

- Un nuevo rol para Fonasa, que lo convierta en el seguro público de salud, para asegurar el otorgamiento del PSU en la red de prestadores definida.

- Una nueva gobernanza de Fonasa, que le dé independencia y autonomía a su gestión, y le garantice un espacio de gobierno y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso.

- Una reforma a la modalidad de libre elección de manera de entregarle principios de complementariedad sobre las prestaciones en el PSU y mecanismos de control, así como también la forma de incorporar prestadores para esta modalidad. Y finalmente,

- Un seguro de medicamentos ambulatorios cuya finalidad será contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la Canasta de Medicamentos del Seguro para los beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo.

- **Contenido del proyecto.**

Cinco artículos permanentes y once transitorios.

Artículo 1.- Incorpora modificaciones en el decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, para concretar los objetivos del proyecto, a través de los siguientes cambios:

a) Rol y finalidad de Fonasa.

Propone conferirle a Fonasa el rol de ser el seguro nacional de salud. Modifica el artículo 49, mediante el cual se establece que su objeto será asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan.

b) Funciones de Fonasa.

El artículo 50, incorporándose las nuevas funciones, señalando que le corresponderá asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios; la red de prestadores, debiendo considerar a los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud en la conformación de la red, y que solo en caso de no tener oferta suficiente o de no contar con la oferta geográfica requerida, podrá comprar a otros prestadores públicos o privados, en el orden de prelación que se establece; determinar los mecanismos de compra de los servicios incorporados, y definir los métodos de pago o transferencia; estará facultado para pactar, excepcionalmente, distintos precios de compra de un mismo servicio, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo; le corresponderá fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal y sancionar las infracciones a las normas que rijan el Plan de Salud Universal y a las instrucciones que imparta de acuerdo a su potestad normativa; facultado para ordenar la devolución o el no pago de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas, por los prestadores, por atenciones, soluciones de salud, medicamentos o insumos no otorgados, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido Plan; interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a los beneficiarios y entidades fiscalizadas; dictar las normas técnico administrativas para la aplicación del Plan de Salud Universal; tratar todo tipo de datos personales, incluyendo los datos personales sensibles, de perfil biológico humano o de salud con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud; y establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa.

c) Adecuaciones de los Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados en Red.

Se elimina su facultad de celebrar convenios con terceros para el otorgamiento de acciones de salud, toda vez que será Fonasa el obligado a asegurar que esas acciones se otorguen a través de la red que defina. Así, los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red deberán concentrarse en otorgar las acciones de salud que sean capaces de hacer en sus propios recintos hospitalarios, de acuerdo a sus capacidades. Por otra parte, se establece que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red, se financiarán principalmente a través de dos vías: la primera, con los pagos que efectúe Fonasa por las acciones de salud otorgadas, y la segunda, corresponderá a los aportes que se consulten en la Ley Presupuestos del Sector Público de cada año.

d) Gobierno Corporativo de Fonasa.

El Consejo Directivo, estará compuesto por cinco miembros, incluido el Director de Fonasa, quien presidirá dicho Consejo. Los consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a través del Sistema de Alta Dirección Pública. Entre las funciones de este Consejo, destacan: aprobar los criterios para la selección de los prestadores que serán parte de la red y que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud; proponer los precios de compra o asignaciones de transferencia de los servicios contenidos en el Plan de

Salud Universal; velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, calidad, eficiencia y transparencia, establecidos en el Plan de Salud Universal; pronunciarse sobre el anteproyecto de presupuesto anual de Fonasa a presentar al Ministerio de Hacienda para su aprobación y tramitación en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que le someta a su consideración el Director, y evaluar la implementación del Plan de Salud Universal y establecer recomendaciones, las cuales podrán ser remitidas al Ministro de Salud.

e) Consejo Consultivo. Estará integrado por 10 miembros, cuyo nombramiento se efectuará por el Director de Fonasa y su objeto será asesorar al Consejo Directivo de Fonasa en el análisis y evaluación del Plan de Salud Universal, y en la definición y evaluación de los planes institucionales, sin perjuicio de las demás materias en que el Consejo Directivo requiera su opinión y que sean de competencia de éste.

f) Atribuciones de la Superintendencia de Salud.

Se modifican para que ésta pueda fiscalizar el correcto otorgamiento del mencionado PSU.

g) Los nuevos beneficiarios de Fonasa

El proyecto innova respecto de un aspecto que ha sido problemático en materia de beneficiarios de Fonasa, siendo incluso objeto de una moción parlamentaria (Boletín N°11.294-11) de las H. Diputadas Maya Fernández Allende, Camila Vallejo Dowling, la ex Diputada Karla Rubilar Barahona, y los H. Diputados Jaime Bellolio Avaría, Fuad Chahín Valenzuela, Tucapel Jiménez Fuentes, Marcelo Schilling Rodríguez, Leonardo Soto Ferrada, y los ex Diputados Roberto Poblete Zapata y Felipe de Mussy Hiriart. Se incorporan como nuevos beneficiarios de Fonasa al conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil, en la forma establecida en la ley Nº 20.830; y al cónyuge que carezca de ingresos propios.

h) El Plan de Salud Universal. Contenido, elaboración y vigencia

Se establece un Plan de Salud Universal, definido como un instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios, con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El proyecto regula extensamente el contenido del Plan de Salud Universal y el procedimiento de elaboración y aprobación. En cuanto a la aprobación del plan, este se fijará mediante un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda. Su contenido contemplará aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas, y contemplará, a lo menos, lo siguiente: examen de medicina preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas, servicios hospitalarios, de Urgencias, maternidad y cuidado del recién nacido, medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios, y servicios y dispositivos de rehabilitación, entre otros que especifíca el mismo artículo. El otorgamiento del

Plan se efectuará a través de la red de prestadores que defina Fonasa, estableciéndose perentoriamente que no se otorgará cobertura alguna a servicios de atención de salud que no se incluyan en el plan de salud o que sean prestados fuera de la red de prestadores. Sin embargo, respecto de prestadores en convenio de libre elección, podrán tener la cobertura financiera que corresponda de acuerdo a la nueva regulación. En la elaboración del plan participarán el Ministerio de Hacienda (que definirá los recursos disponibles), el Ministerio de Salud (a través de la Subsecretaría de Salud Pública, que realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan, y la Subsecretaría de Salud Pública que deberá hacer una recomendación priorizada de los servicios a incorporar al PSU), y el Consejo Directivo de Fonasa (que se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados y sobre los precios de los servicios que componen el Plan). El Plan de Salud Universal tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente. El Plan de Salud Universal y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan razones de salud pública.

En cuanto a la protección financiera del Plan, los servicios contenidos y otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa, tendrán una protección financiera no menor al 80%. Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, tendrán una protección financiera del 100% para los servicios contenidos en el mencionado Plan, así como también las personas mayores de60 años.

i) La Modalidad de Libre Elección (MLE), seguirá existiendo, pero de forma distinta, con las siguientes reglas.

• Para otorgar prestaciones en MLE, tratándose de profesionales de la salud, bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa. Pero tratándose de establecimientos o entidades asistenciales, Fonasa, en conformidad a las disposiciones de la ley N° 19.886, determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta Modalidad, entre los cuales se seleccionarán las ofertas que resulten más convenientes. Además, se eliminan todas las coberturas especiales que hoy contiene el artículo 143, indicándose ahora que la bonificación que efectúe Fonasa no excederá el 60% del valor que corresponda a la protección financiera del Plan de Salud Universal y que por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados que serán mayores.

j) Fiscalización y sanciones.

Fonasa deberá asegurar el cumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal. Asimismo, deberá velar por el correcto uso de los recursos que se paguen por los servicios contenidos en él, incluidos los otorgados a través de la Atención Primaria de Salud. Por ello se establece que, de oficio o por denuncia, se podrá fiscalizar a los prestadores, públicos o privados, y en caso de constatar contravenciones a las normas que regulan el Plan de Salud, sancionará el incumplimiento con alguna de las medidas que se establecen, luego de un proceso sancionatorio tramitado en conformidad a las normas que se establecen y, supletoriamente de acuerdo a las disposiciones de la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado.

k) Seguro de Medicamentos.

El nuevo artículo 144 propone crear un seguro de medicamentos genéricos ambulatorios para los beneficiarios de Fonasa, quienes tendrán derecho a acceder a una canasta de medicamentos que compre la Cenabast que le hayan sido recetados, debiendo pagar sólo parte de su valor.

Artículo 2.- Propone modificar el artículo 49 de la ley Nº 19.378, que contiene el Estatuto de Atención Primaria de salud.

Actualmente, el referido precepto señala que cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según los siguientes criterios: a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas; b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud; c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna; y, d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral. Dicho aporte se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y Seguridad Pública, y de Hacienda. Ese decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados anteriormente, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.

El proyecto de ley, en cambio, propone sustituir los incisos primero y segundo del artículo 49, estableciendo que el aporte provendrá del Ministerio de Salud y de Fonasa; y que dicho aporte se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otras. Dichos criterios serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministerios del Interior y Seguridad Pública, y Hacienda.

Artículo 3.-

Mediante este, se deroga el decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que permite que un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituya a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste, sin perjuicio de la atención que podrá prestarse a otras personas conforme al convenio y de acuerdo a las normas que rigen al Servicio.

Esta disposición es consecuencia directa de que la red de prestadores a cargo del otorgamiento de las atenciones contenidas en el Plan de Salud Universal será ahora definida por Fonasa, razón por la cual no resulta procedente que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red mantengan la atribución de comprar ellos las prestaciones de salud.

Artículo 4.-

Propone modificar el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado. Precisa que para efectos de tener derecho al subsidio de incapacidad laboral, en el caso de los beneficiarios de Fonasa, la licencia médica deberá ser emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, o bien esté inscrito o en convenio de MLE.

Artículo 5.-

Establece que a contar de la entrada en vigencia de la norma que modifica el nombre del Fondo Nacional de Salud, todas las menciones que las leyes, reglamentos y otras normas hagan a “Fondo Nacional de Salud” o al “Fondo”, deben entenderse hechas a “Fonasa”.

Artículos transitorios.

- Artículo primero transitorio. - Trata de la vigencia del primer decreto que contenga el PSU. Se establece que deberá regir desde el 1 de enero del año siguiente a la fecha de publicación de la ley y durará hasta el 31 de diciembre de dicho año. No obstante, y con el objetivo de que exista el suficiente tiempo para su implementación, se establece que, si entre la publicación de la ley y el 1 de enero existen menos de 6 meses, el referido decreto debe entrar en vigencia el primer día del séptimo mes siguiente a la referida publicación y durará, igualmente, hasta el 31 de diciembre de dicho año. Así, por ejemplo, si la ley se publica en septiembre de un año, el primer decreto regirá desde el 1 de abril del año siguiente.

Al primer decreto no le será aplicable el procedimiento de elaboración del Plan de Salud Universal, especialmente las normas contenidas en los nuevos artículos 148 E y siguientes que se incorporan al decreto con fuerza de

ley Nº 1, de 2005, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud.

- Artículo segundo transitorio.- Este artículo se ocupa de la vigencia de las modificaciones que el artículo 1 introduce al decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud.

La regla general es que las modificaciones comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del decreto supremo que establezca el primer Plan de Salud Universal, salvo las excepciones siguientes:

1. Regirán desde la publicación de la ley las siguientes materias:

a) La eliminación de la facultad de celebrar convenios por parte de los Servicios de Salud y de los Establecimientos Autogestionados en Red para que un tercero tome a su cargo el otorgamiento de prestaciones.

b) La facultad de los Servicios de Salud para celebrar convenios con Fonasa por las atenciones y soluciones que otorguen en el marco del Plan de Salud Universal.

c) Las nuevas atribuciones de Fonasa, especialmente las incorporadas al artículo 50 del mencionado decreto con fuerza de ley.

d) Las letras f) y g) nuevas del artículo 136 que incorporan dos clases de beneficiarios.

e) Las modificaciones referentes a la Modalidad de Libre Elección.

f) Las normas sobre fiscalización y sanciones.

2. Las normas sobre Consejo Directivo de Fonasa y el Consejo Consultivo y sus atribuciones, regirán desde la fecha en que entren en vigencia los reglamentos relacionados con ellos.

3. Las normas sobre seguro de medicamentos entrarán en vigencia con la publicación en el Diario Oficial del reglamento sobre la materia.

- Artículo tercero transitorio.- Dispone que mientras no entre en vigencia el decreto supremo que determina los porcentajes específicos de bonificación que efectua Fonasa en materia de MLE, continuarán aplicándose las bonificaciones que estuvieren vigentes con anterioridad a la publicación de la ley.

- Artículo cuarto transitorio.- Se propone que el artículo 2 del proyecto de ley entre a regir una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento que señala el artículo 49 de la ley Nº 19.378 que se modifica.

- Artículo quinto transitorio.- La derogación del decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 3º del proyecto de ley, entrará a regir en la fecha de publicación de esta ley; no obstante, se establece que aquellos convenios vigentes a dicha fecha surtirán efectos hasta

completar el año de vigencia que esté en curso y no podrán ser renovados automática ni expresamente.

- Artículo sexto transitorio.- Establece que los reglamentos mencionados en los artículos 1 y 2 del proyecto de ley, deberán ser dictados dentro de los 6 meses siguientes a la publicación de la ley en el Diario Oficial.

- Artículo séptimo transitorio.- Dispone que mediante uno o más decretos supremos emitidos por el Ministerio de Salud, suscritos además por el Ministro de Hacienda, se deberán regular las siguientes materias: a) el proceso de transición desde la modalidad de atención institucional a la implementación del Plan de Salud Universal, b) la cobertura financiera que se otorgará por las atenciones que aún no se incorporen al Plan de Salud Universal y que seguirán siendo financiadas de acuerdo a la modalidad de atención institucional.

El proceso de transición no podrá exceder de cinco años contados desde la vigencia del primer decreto que contenga el PSU.

- Artículo octavo transitorio.- Dispone que la primera designación de los miembros del Consejo Directivo de Fonasa se efectuará dentro de los 90 días siguientes a la fecha de publicación de la ley en el Diario Oficial, y en esta, dos de los cuatro miembros (excluido el Director de Fonasa) durarán tres años, para permitir que se vayan alternando los nombramientos cada tres años.

- Artículo noveno transitorio.- Dada las numerosas modificaciones al decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se introducen en el artículo 1º de este proyecto, se faculta al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de la ley, establezca mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministerio de Salud, el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Dicha normativa (decreto con fuerza de ley) será denominado “Ley General de Salud”.

- Artículo décimo transitorio.- Permite que el Presidente de la República, mediante uno o más decretos, modifique el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, pudiendo crear, suprimir o modificar partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes.

- Artículo décimo primero transitorio.- Señala que durante el primer año presupuestario de vigencia de la ley, el gasto que represente su aplicación, será financiado con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud y, en lo que faltare, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dicho presupuesto con cargo a los recursos de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de

Presupuestos del Sector Público. Para los años siguientes, el gasto que represente la aplicación de la ley, se financiará de acuerdo con lo que determine la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año.

- **Normas legales que se propone modificar o que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

- DFL N° 1, DE 2005, de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 de 1979, y de las leyes N°s18.933 y 18.469, todas del Ministerio de Salud.

- Ley N° 19.378, que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

- DFL N° 36, de 1980, de Salud, que contiene normas aplicables a los convenios que celebren los Servicios de Salud.

DFL N° 44, de 1978, de Trabajo, que fija normas comunes para subsidios por incapacidad laboral de los tranajadores dependientes del sector privado.

II.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

a) <u>Discusión general</u>.

1) Exposición del Ministro de Salud, Jaime Mañalich Muxi.

Comenzó refiriendo una carta remitida por la Directora de la Organización Panamericana de la Salud a S.E. el Presidente de la República, felicitando la iniciativa contenida en este proyecto de ley. Al respecto, hizo presente que esa Organización ha comprometido su asistencia en este proyecto de ley, y por ello estimó pertinente invitarlos o recibirlos a fin de intercambiar pareceres sobre el mismo.

A continuación, recordó que la Cámara de Diputados al despachar el proyecto de ley sobre seguro catastrófico (boletín N°12.662) dispuso un compromiso de fortalecimiento de la red tendiente a cerrar las brechas existentes en el sector, cuestión necesaria para una correcta implementación de una política como esta.

En un tercer momento hizo un relato sobre los orígenes históricos de la seguridad social y su evolución desde el modelo alemán bismarckiano, el norteamericano creado por el New Deal, y el inglés con el plan Beveridge y dio cuenta de cómo esa evolución se ha manifestado en nuestro país, siendo el último gran hito en materia de salud la impulsada por el gobierno de Ricardo Lagos en 2005, que daba cuenta de los programas impulsados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tendientes a controlar el gasto excesivo en salud, por cuanto las dinámicas de gasto que tenían economías como la nacional importarían la ruina del Estado.

Al respecto, estimó que ese programa lo que hizo fue priorizar ciertas prestaciones como obligatorias para el Estado, no otra cosa es el AUGE, y con el paso de los años se han incrementado las patologías cubiertas por tal sistema, cuestión en la que las dos administraciones del presidente Piñera han dado

muestras del interés en incrementar tal cobertura. Sin embargo, esa forma de priorizar ha generado efectos adversos que no estuvieron a la vista al momento de crearse el AUGE, ya fuera porque la tecnología no existía, por el incremento en la longevidad de la población u otros factores, pero que se traducían en concreto en que mientras el año 2019 antes del estallido social la lista de espera en patologías AUGE era de 6.500 personas, en patologías no AUGE ascendían a 2 millones de personas.

En tal sentido, la cuestión a resolver es que las personas no pueden seguir esperando, y lo que plantea el proyecto es que cualquier enfermedad será atendida en un tiempo cierto el cual, para empezar, se disminuye a la mitad de lo que se observa en el 10% de personas que más han esperado. Los gobiernos futuros determinarán a cuanto pueden acortar ese plazo, pero esa es la propuesta inicial de este gobierno.

En aspectos de copago, quienes hoy son Fonasa D tendrán un 80% de cobertura, pero si el usuario prefiere no atenderse en el prestador que Fonasa ha dispuesto y prefiere atenderse por modalidad Libre Elección en otro prestador suscrito a convenio, Fonasa cubrirá el 60%. Con todo, la base sobre la que se calcularán ambas cifras es la misma.

Asimismo, estimó que para el éxito del proyecto se exigirá un aumento en la eficiencia del sector público muy grande, cuestión que ya está presente en la Ley de Presupuestos del año 2020. Ello, teniendo en consideración que el gran actor privado que hoy recibe los recursos de Fonasa para atender a los beneficiarios del sector público son las sociedades médicas, las que perciben anualmente 300 mil millones de pesos, cifra superior a la que se entrega a los recintos privados de salud para atender a esa población. De igual manera, que gracias a la reforma recién promulgada al funcionamiento de Cenabast, esta intermediará en la adquisición de medicamentos a favor de los hospitales públicos, los que actualmente ocurre en un 35% de sus medicamentos mediante trato directo sin siquiera pasar por mercado público, y del 65% restante, la mitad lo adquiere a cuatro veces el valor que intermedia Cenabast. Otro tanto se ahorrará en materia de insumos, donde Cenabast ni siquiera participaba en la intermediación de esas adquisiciones.

Todo lo anterior, estimó, constituiría un compromiso permanente del Estado de carácter formidable, pues es un compromiso que no tiene vuelta atrás.

Recalcó que el proyecto es una tremenda oportunidad para ahondar en los indispensables cambios que necesita el sistema de salud chileno. Se trata de una iniciativa que tiene por objeto transformar a Fonasa verdaderamente en un seguro público de la categoría que el país se merece, cuya idea antecede a la crisis que se ha vivido desde el 18 octubre recién pasado, y acelera su tramitación.

Durante la discusión tanto formal como informal, tales como medios de comunicación o expresiones de líderes políticos y gremiales de distintos sectores, han aparecido algunas preguntas que abordar. La primera tiene que ver con el financiamiento, dado que implica mayores cobertura, profesionalización de Fonasa, etc. Al respecto puntualizó que la iniciativa se acompaña por un informe financiero, a lo mejor escueto, en el que se señala que durante el primer año de vigencia al gasto fiscal se incorporan 130 mil millones de pesos y los años

siguientes una cifra relativamente similar hasta llegar a un poco más de 450 mil millones en 4 años.

Destacó que durante este Gobierno se está abordando una reforma integral a todo el sistema público de salud que no está reflejado solo en este proyecto de ley, por ejemplo, este proyecto subsume el seguro catastrófico de salud que significa un financiamiento adicional. No así, por ejemplo, el seguro de medicamentos que aparece como una novedad en esta iniciativa y en consecuencia necesita un financiamiento fresco. Igualmente está la ley del cáncer, la formación de especialistas, el crecimiento en infraestructura, entre otros. Todos los que forman parte del esfuerzo del Gobierno en el contexto general del área de la salud.

Aseveró que el proyecto de ley supone, cataliza y obliga a una mejoría importante de la eficiencia de la gestión de los servicios de salud. Es una externalidad positiva que impacta en reducir el gasto como también un aumento de la eficiencia en las compras.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, expresó que efectivamente el informe de la Comisión Nacional de Productividad produce un impacto y diseñará un calendario para ver qué cosas se podrán aplicar.

Reiteró que una correcta comprensión de este proyecto, implica necesariamente ver todo lo que está ocurriendo en el ámbito legislativo y reglamentario. Por ejemplo, el potencial término en la integración vertical está en discusión en la ley de isapres actualmente en el Senado.

Coincidió en que se necesita generar un sistema de gestión de redes diferente al actual. Hoy los servicios de salud no conversan. Hay que terminar con la cautividad de los pacientes que no pueden moverse ni siquiera dentro de las redes públicas.

Ante la pregunta de por qué no todo es Auge, respondió que los cambios que se están instaurando son una hoja de ruta, un comienzo para discutir. El auge homogeniza enfermedades entregando una guía clínica, sin embargo, al incorporar enfermedades no Auge empieza a ocurrir una variabilidad muy difícil de homogenizar y hacer una guía clínica para cada una de las miles de enfermedades es imposible. El proyecto pretende que sea cual sea la guía, cuando una persona que necesita un gastroenterólogo por una causa no Auge, en determinado tiempo, se le garantice la atención y si necesita una segunda consulta también.

2) Exposición del Director del Fondo Nacional de Salud, Marcelo Mosso Gómez.

Comenzó señalando que el proyecto plantea una reforma sustancial a Fonasa para transformarlo en el Seguro Público de Salud que asegure el otorgamiento del Plan de Salud Universal y sus garantías, al que tendrán derecho sus beneficiarios.

En tal sentido, destacó que los principales ejes del proyecto radican en lo siguiente: a) la creación de un Plan de Salud Universal (PSU) con garantías

de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera; b) otorgar un nuevo rol para Fonasa, convirtiéndolo en el seguro público de salud, de manera de asegurar el otorgamiento del PSU en la red de prestadores definida; c) disponer una nueva gobernanza de Fonasa, de manera de darle independencia y autonomía a su gestión, garantizando un espacio de gobierno y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso; d) implementar un nuevo modelo de atención basado en la creación de una red de prestadores definida por Fonasa y que está constituida por la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, pudiendo complementarse a través de convenios suscritos entre Fonasa y otros prestadores, con estrictas normas de contratación; e) disponer una reforma a la modalidad de libre elección de manera de mejorar su funcionamiento y entregarle principios de complementariedad sobre las prestaciones en el PSU y mecanismos de control, así como también la forma de incorporar prestadores con una lógica sanitaria; y f) disponer un seguro de medicamentos ambulatorios cuya finalidad será contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la Canasta de Medicamentos del Seguro para los beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo.

Sobre el particular, en cuanto al rol y finalidad de Fonasa hoy, hizo presente que ello no está definido por la ley. Por ello, en el proyecto se modifica el artículo 49 y se dispone que se crea el Fonasa, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que estará sujeto a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. Fonasa tendrá por objeto asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan.

A su vez, en cuanto a las funciones vigentes de Fonasa, según el artículo 50 literal b) del DFL referido, dispone que será el financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esa ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen del Libro II de esa ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema, y que el financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

Vista esa descripción, en el proyecto se modifican tales funciones reformando dicho artículo 50, proponiendo al efecto que: a) le corresponderá asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios; b) deberá establecer, en la forma que señale el reglamento, la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal; c) deberá determinar los mecanismos de compra de los servicios

incorporados en el Plan de Salud Universal, y definir los métodos de pago o transferencia; d) le corresponderá fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal y sancionar las infracciones, y e) le corresponderá establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa.

Con todo, consecuente con la nueva función de Fonasa de asegurar el Plan de Salud Universal, se modifican las atribuciones de la Superintendencia de Salud, para que ésta pueda fiscalizar el correcto otorgamiento del mencionado Plan.

Por su parte, en cuanto a la gobernanza de Fonasa se propone la creación de dos consejos, uno Directivo compuesto por cinco miembros, uno de los cuales será el Director de Fonasa y presidente de ese Consejo, y un Consejo Consultivo compuesto por diez integrantes, correspondiendo a un reglamento del Ministerio definir los procedimientos de designación de dichos integrantes., detallando las principales funciones, y su forma de nombramiento.

Sobre la red de prestadores que otorga el Plan de Salud Universal, señaló que el actual artículo 141 del DFL 1/2005 dispone que 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. En tal sentido, el proyecto modifica dicho artículo disponiendo que los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal se otorgarán por Fonasa, a través de la red de prestadores que este defina. En el ejercicio de esta facultad, Fonasa utilizará los servicios de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud. De no tener capacidad instalada u oferta suficiente para alguno o algunos de los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o de no contar con la oferta geográfica requerida, de acuerdo a la demanda esperada, se podría incluir otros prestadores a la red, conviniendo con prestadores tales como universitarios, institucionales de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, sin fines de lucro u otros. Todo, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo.

Al respecto, cabía considerar que actualmente las Direcciones de Servicio tienen la facultad para contratar fuera de su red asistencial, en virtud de lo dispuesto los artículos 17 y 18 del referido decreto con fuerza de ley. En tal sentido, dichos artículos se modifican y se elimina la facultad de los Servicios de Salud para celebrar convenios con terceros para el otorgamiento de acciones de salud, toda vez que será Fonasa el obligado a asegurar que esas acciones se otorguen a través de la red que ella defina. De este modo, los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red deberán concentrarse en otorgar las acciones de salud que sean capaces de hacer en sus propios recintos hospitalarios, de acuerdo a sus capacidades.

A su vez, se deroga el DFL Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que contiene las normas que se aplican en los convenios que celebren los Servicios de Salud. Al respecto, hizo presente que en la actualidad cerca de 60 establecimientos se encuentran adscritos a estos convenios, tres de los cuales

corresponden a establecimientos centralizados, y abarcan un total para este año de 36 mil millones de pesos. En tal sentido, lo que se propone es que estos convenios no sean negociados descentralizadamente, sino que Fonasa asuma ese rol. Con todo, destacó que esto no implica renunciar a celebrar convenios con las instituciones con las que actualmente tales convenios existen, sino centralizarlos y mejorar el poder negociador.

En relación a los precios a pagar a la Red por el Plan de Salud Universal, se propone un nuevo artículo 148 M, en el cual se regula la definición de precios de las prestaciones que componen el Plan, cuestión que propondrá el Consejo Directivo. Los precios que se definan se aplicarán a los prestadores de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud y constituirán el precio máximo para los prestadores no pertenecientes a esta red asistencial que conformen la red de prestadores del Plan. Para la determinación de los precios se aplicarán metodologías y criterios transparentes y objetivos, utilizando prácticas generales aceptadas para ello.

Sobre el financiamiento de la red asistencial de los Servicios de Salud, recordó que dicha materia está regulada en el artículo 28 del DFL 1/2005, cuestión que se modifica proponiendo que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red se financiarán principalmente a través de dos vías. La primera, con los pagos que efectúe Fonasa por las acciones de salud otorgadas, debiendo pagar el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y comprometiendo la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público realice. La segunda, y considerando que podría haber una parte del gasto de esos órganos que no será financiada por la compra que efectúe Fonasa, corresponderá a los aportes que se consulten en la Ley Presupuestos del Sector Público de cada año.

Sobre el financiamiento de la Atención Primaria de Salud, se propone modificar el Estatuto de Atención Primaria de Salud, estableciendo que el aporte provendrá del Ministerio de Salud y de Fonasa; que dicho aporte se determinará según criterios objetivos tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, u otros, los que serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud y suscrito, además, por los ministerios del Interior y Seguridad Pública y de Hacienda.

Visto todo lo anterior, señaló que el Plan de Salud Universal será un instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios prioritarios en salud entregados a los beneficiarios cubiertos, y con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El Plan será elaborado y actualizado tomando en consideración los objetivos sanitarios y los servicios prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, así como los recursos disponibles para el Plan. El Plan deberá ser elaborado considerando principios de universalidad, prioridad, cobertura, calidad, eficiencia y transparencia. Los servicios considerados en el Plan son aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas.

En particular, las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Universal contemplará, a lo menos, lo siguiente: a) examen de Medicina Preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; b) servicios hospitalarios; c) servicios de urgencias; d) maternidad y cuidado del recién nacido a que se refiere el artículo 139 del DFL 1/2005; e) medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios; f) servicios y dispositivos de rehabilitación; g) servicios de laboratorio e imagenología; h) servicios ambulatorios; i) servicios de cuidados paliativos; j) servicios pediátricos; k) las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad a que se refiere la ley Nº 19.966; y l) las demás que se establezcan en leyes especiales.

En cuanto a la elaboración del Plan señaló que participarán el Ministerio de Hacienda, que definirá los recursos disponibles para elaborar el Plan, y el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, la que realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan. Además, la Subsecretaría de Salud Pública deberá hacer una recomendación priorizada de los servicios a incorporar al PSU. Finalmente, el Consejo Directivo de Fonasa se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados y sobre los precios de los servicios que componen el Plan.

Sobre las garantías del Plan de Salud Universal manifestó que estas eran cuatro. Así, a) garantía de acceso, que es el derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de recibir el otorgamiento de los servicios que componen el Plan de Salud Universal; b) garantía de calidad, esto es, el derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de que los servicios que componen el Plan le sean otorgados por un prestador de la Red, o por otro prestador acreditado o registrado; c) garantía de oportunidad, consistente en el derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a que los servicios que componen el Plan les sean otorgados en el plazo máximo establecido, y d) garantía de protección financiera, que importa el derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a la bonificación o monto del precio del servicio del cual Fonasa se hará cargo en cada servicio incluido en el Plan.

Sobre priorización de servicios, indicó que estos deberán clasificarse alta, media y baja prioridad, siendo un reglamento el que determinará la forma en que se efectuará la priorización, así como las consecuencias de aquella. Con todo, los problemas de salud Ges y Plan de Salud Familiar serán de prioridad alta.

Abocándose a la protección financiera del Plan, manifestó que los servicios otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa tendrán una protección financiera no menor al 80%. Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años, así como también las personas mayores de 60 años, tendrán una protección financiera del 100%.

Asimismo, que las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en Grupo A, que abarca a las personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N°869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020; y Grupo B, que contempla a los afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad. Con todo, tratándose de afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años, estos serán clasificados en otros grupos por Fonasa de acuerdo al nivel de ingreso que posean, determinación que se efectuará por resolución de Fonasa visada por el Ministerio de Hacienda. A su vez, destacó que se incorporan como nuevos beneficiarios de Fonasa el conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil en la forma establecida en la ley Nº 20.830; y al cónyuge que carezca de ingresos propios.

En cuanto a protección para el acceso a medicamentos, manifestó que se propone que los beneficiarios de Fonasa tengan derecho a acceder a un seguro de medicamentos ambulatorios, esto es, se financiarán medicamentos según las siguientes reglas: a) de uso ambulatorio genéricos, bajo receta médica; b) no de marca; c) la canasta de medicamentos a ser cubiertos será establecida por la Subsecretaría de Salud Pública, con ciertos requisitos d) previa visación de la Dirección de Presupuestos; e) compra a través de la Cenabast a requerimiento de Fonasa, sin cobro de comisión de intermediación, y f) Fonasa contratará, en virtud de lo dispuesto en la ley N° 19.886, la distribución de los medicamentos, la cual podrá efectuarse a través de las farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados, públicos o privados.

Sobre el funcionamiento de la Modalidad de Libre Elección (MLE), destacó que para otorgar estas prestaciones -tratándose de profesionales de la salud-, bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa. A su vez, tratándose de establecimientos o entidades asistenciales, Fonasa, en conformidad a las disposiciones de la ley 19.886, determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta Modalidad, entre los cuales se seleccionarán las ofertas que resulten más convenientes. En esta modalidad, la bonificación que efectúe Fonasa no excederá el 60% del valor que corresponda a la protección financiera del Plan de Salud Universal. Por decreto supremo conjunto de los ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados que serán mayores.

Abocándose a la fiscalización y sanciones, señaló que Fonasa deberá asegurar el cumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal. Asimismo, deberá velar por el correcto uso de los recursos que se paguen por los servicios contenidos en él, incluidos los otorgados a través de la Atención Primaria de Salud. Por ello, se establece que de oficio o por denuncia se pueda fiscalizar a los prestadores, públicos o privados, y en caso de constatar contravenciones a las

normas que regulan el Plan de Salud, sancionar el incumplimiento con alguna de las medidas que se establecen, luego de un proceso sancionatorio tramitado en conformidad a las normas que se establecen y, supletoriamente de acuerdo a las disposiciones de la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Hizo presente, a su vez, que se modifica el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado. Para ello, se precisa que para efectos de tener derecho al subsidio de incapacidad laboral, en el caso de los beneficiarios de Fonasa, la licencia médica deberá ser emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, o bien esté inscrito o en convenio en MLE.

HIzo alusión también a las normas transitorias del proyecto, que se aplican por si mismas de su sola lectura.

En aspetos presupuestarios, manifestó que el proyecto genera un gasto fiscal directo por las siguientes materias: a) Fortalecimientos Institucionales (Fonasa – Subsecretaría de Salud Pública); b) PSU: Garantías de oportunidad retrasadas GES; c) PSU: Garantías de oportunidad y protección financiera No Ges; d) seguro de Medicamentos, y e) Nuevos Beneficiarios. Y habló sobre el informe financiero que se acompaña al proyecto de ley.

A modo de corolario, estimó que el proyecto plantea una reforma sustancial a Fonasa e incorpora gran parte de los elementos recogidos en el debate nacional de los últimos años, centrando su objetivo en resolver los problemas y demandas de la ciudadanía en salud. Para ello se enfoca en materias de gobernanza, el establecimiento de un Plan de Salud Universal, el establecimiento de garantías, sobre todo, con un plazo máximo de resolución, un modelo de atención y prestación, con creación de redes, mecanismos de pago, precio y transferencias, una reformulación de la Modalidad de Libre Elección, el establecimiento de un seguro de medicamentos y la instalación de un proceso participativo, público y transparente.

Finalmente, sostuvo que el proyecto responde a los requerimientos más sentidos de la población, como es el caso del establecimiento de plazos máximos para la resolución de problemas. Luego, para cumplir con garantías de plazo máximo en el sistema nacional de salud se requieren acciones y financiamiento, algunos de ellos, ya en ejecución que se suman al impacto directo de la reforma. Así, por ejemplo, se dará garantía para consulta de especialista, lo que supone que hay que tener profesionales, un espacio físico, etc. Se trata de acciones que no son de impactos directo de la reforma, pero si necesarias para la ejecución de la misma. En ese sentido mencionó el reforzamiento a la atención primaria, que dentro de la iniciativa tiene tres ejes principales: 1) El plan de salud familiar que pasa a ser parte del plan de salud universal 2) El rol fiscalizador que la Superintendencia de Salud tendrá sobre Fonasa y 3) La instalación de nuevos mecanismos de transferencia per capitados distintos a los que ya existen.

Por otro lado, se debe contar con un plan de infraestructura pública en atención primaria, secundaria y terciaria para poder hacer frente a las garantías que gradualmente serán más exigentes en términos de menor tiempos para

resolver los problemas. Sin perjuicio, de contar con lo relativo a la eficiencia de los hospitales, el aumento del número de especialistas, el hospital digital, la política nacional de medicamentos para la reducción de su precio, la ley nacional del cáncer que conlleva un presupuesto específico y el seguro catastrófico que también conlleva un presupuesto específico..

Respecto del financiamiento y reforzamiento de la atención primaria, por ejemplo, se logró un per cápita basal de $7.200 pesos el año 2020, que corresponde al mayor aumento real de los últimos 10 años en términos de financiamiento a la atención primaria e implican más de 170 mil millones extras.

- En términos del plan nacional de inversiones existe un plan bastante exigente, cuyos recursos se han ido incrementando en los últimos dos años. Existe el compromiso de tener en esta administración 25 hospitales terminados, 25 en ejecución, 25 en diseño y licitación y 120 consultorios de atención primaria terminados, además de 40 en ejecución y 40 en diseño, lo que se traduce al año 2020 en $884 mil millones de pesos.

- Respecto a la eficiencia de los hospitales, señaló que el Programa por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) se instalará en 65 hospitales de atención secundaria y terciaria. Hizo presente que el reciente informe de la Comisión Nacional de la Productividad propuso, entre otras medidas, reforzar el pago o transferencia a través de mecanismos como el GRD e instan a instalarlo con premura.

- Por otro lado, hay ahorros por eficiencia del propio proyecto, como la mayor productividad, la menor compra a sociedades de inversiones, entre otros, estimados hoy día en $120 mil millones anuales.

- Además, existe el compromiso del Ejecutivo en materia de cierre de brechas, que el año 2019 ascendió a $650 mil millones de pesos aproximadamente. En términos del aumento del número de especialistas, el compromiso de tener 4.000 nuevos médicos durante estos cuatro años, contándose para el año 2020 con un presupuesto adicional de 46 mil millones para contratación de alrededor de 1.300 médicos.

- El hospital digital implica 5.130 millones en el presupuesto de este año.

- La ley nacional del cáncer en el primer año incorpora 85 mil millones para efectos de reforzamiento, implementación de equipos y prestaciones.

- En el caso del seguro catastrófico el promedio de los seis años que salen en el informe financiero asciende a 38.720 millones anuales.

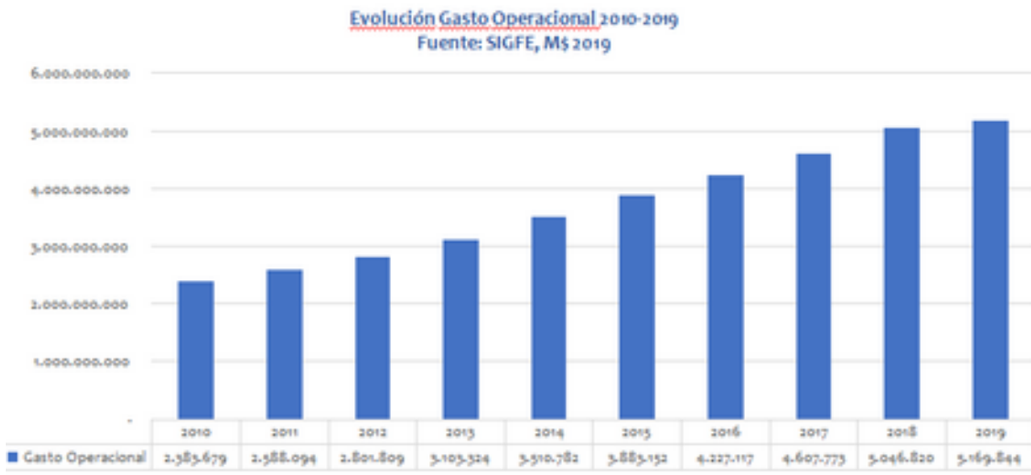
Finalmente, aseguró que el impacto directo del proyecto, en promedio de los cinco años, son 109 mil millones. Ahora, si se toma todo aquello recientemente mencionado y que es considerado el impacto indirecto dicha suma asciende a 353 mil millones de pesos anuales.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, manifestó que, en relación a los criterios para comprar fuera de red, se ha discutido sobre la existencia de una potestad de parte del consejo directivo de Fonasa en el sentido de que cuando establece los precios estará facultado para

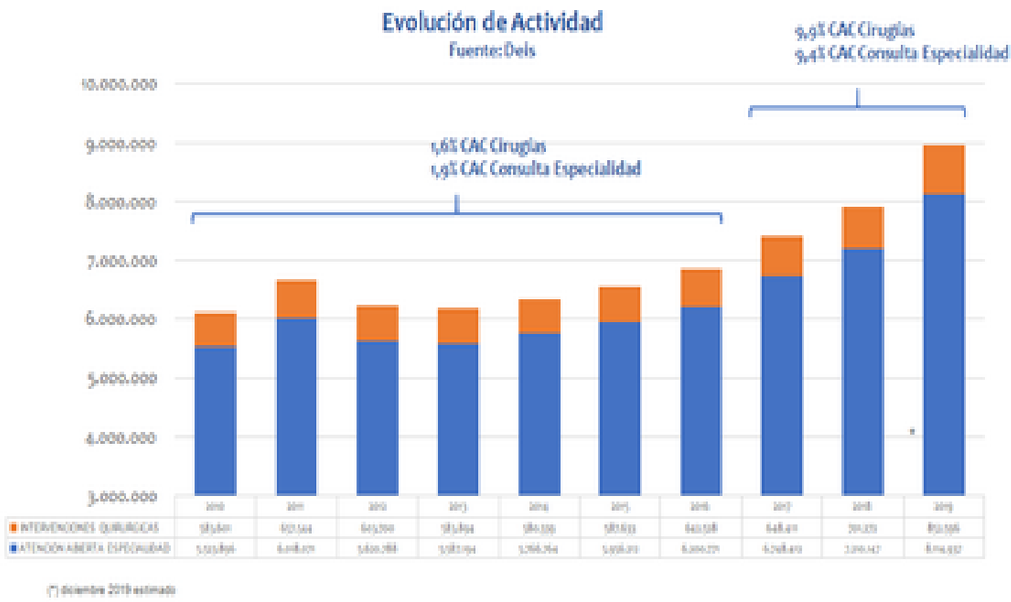
pactar excepcionalmente distintos precios de compra de un mismo servicio, provocando la inquietud en algunos. Al respecto destacó que se trata de una situación de excepción, no habiendo problema en plasmar ese sentido en el texto si se estima pertinente.

3) Exposición del Subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga Jory.

Comenzó su exposición informando sobre la situación financiera de los Servicios de Salud a nivel nacional. En primer lugar exhibió la Evolución de Gasto Operacional entre los años 2010-2019, el cual aumentó en un 117% en un periodo de 9 años, lo cual puede apreciarse en la siguiente lámina:



Afirmó que anhelan que los recursos lleguen a la ciudadanía a través de prestaciones, ya sea por ejemplo a través de consultas médicas de especialidad, o intervenciones quirúrgicas, y en relación a las cirugías (columna naranja en la lámina) pasaron de 700.000 intervenciones a 850.000 el año 2019.



En cuanto al nivel de deuda, en 2010 de 39.000.000 millones de deuda, a 2018 con 358.000.000 millones de deuda, que implica una disminución del 65%. Lo anterior se ha logrado con un mayor presupuesto y al existir un nuevo orden en el sistema operativo en los sistemas de salud existe a su vez un pago más rápido de la deuda.

En cuanto al subtítulo 29 y 31, que se refiere a la inversión en salud, en 2019 se ejecutaron $623.000.000 millones, es decir el doble del promedio de los últimos tres años, siendo el presupuesto más alto de la historia del Ministerio de Salud. Para este año (2020) se dispone de un presupuesto que supera los $800 mil millones de pesos, lo que refleja la política de Estado, de aumentar los números de recintos hospitalarios para atender a los pacientes en lugares modernos y no con cien años de antigüedad como ocurre en algunos hospitales. No obstante aún existen 8.000 pacientes en lista de espera GES, 287.524 en espera de intervenciones quirúrgicas y por consulta de nueva especialidad 1.926.819, y actualmente el sistema público cuenta con una capacidad potencial de 25.086 camas y 640 pabellones.

A propósito del informe de la Comisión Nacional de Productividad, indicó que en cuanto al uso de quirófanos electivos en establecimientos de alta complejidad, en promedio la primera cirugía comienza a las 8:40 y la última termina a las 15:18, esto quiere decir que solo un 53% de la capacidad de pabellones se está utilizando, y la Comisión sugiere que aumentando a 9 horas la utilización de los pabellones, podrían realizar un 27% más de cirugías, es decir 230.201 adicionales, equivalente a un 80% de la lista de espera quirúrgica no GES con la actual infraestructura.

Por último manifestó que el actual número de pabellones más los que se incorporarán a medida que se avance con el plan de inversiones, es capaz de realizar 230.201 cirugías adicionales, y el actual número de camas más las que se incorporaran a propósito del Plan de Inversiones, son capaces de realizar 481.956 egresos adicionales. Destacó que en 2019 hay hospitales como el Hospital del Salvador que reduciendo su estadía logró aumentar en 2.305 el número de egresos. De acuerdo al Plan de Inversiones, Plan de Eficiencia (controlado vía

GRD) y a los recursos incluidos en el Informe Financiero del proyecto de ley de Reforma a Fonasa, la red de Salud Pública está preparada. Agregó que el aumento en costos sería una fracción del incremento en cirugías: 27% más de cirugías costaría apenas un 7% más; 55% costarían 14% más; 70% costaría 36% más, 106% más de cirugías elevaría los costos un 50%, y 148% más de cirugías elevarían los costos del orden de 71%. “

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, manifestó que su presentación demuestra el estado actual de las inversiones de salud a nivel nacional, por lo tanto que un consultorio o un Cesfam no estén incluidos no implica que no están dentro de la ejecución. No obstante los proyectos no son de un gobierno u otro, sino que son de la ciudadanía entera, y lo que se expuso fueron los hospitales que hoy día tienen en construcción.

En cuanto al resguardo para que no aparezcan nuevas facturas, durante el mes de abril implementaron inter operatividad, no obstante para que opere una factura debe existir una orden de compra, por lo tanto para emitirla debe existir un marco presupuestario, es decir no deberían haber problemas cuando llegue una factura para su respectivo pago. En el evento de existir desviaciones, dichas acciones serán investigadas y derivados los antecedentes de configurarse algún delito.

4) Exdirector de Fonasa, señor Álvaro Erazo.

Comenzó señalando que valora este proyecto en cuanto aborda una cobertura universal en materia de salud, pues la universalidad es el desafío de todos los sistemas de salud. Así, mientras los proyectos que en el sector se habían ingresado hasta la fecha tenían aspectos de focalización, este cambia esa perspectiva y apunta hacia la universalidad.

Abocándose a aspectos más de detalle, recordó que al iniciarse la discusión del Auge durante el gobierno de Ricardo Lagos, una de las primeras cuestiones que debieron abordar fue identificar cómo se instalaba esa política en el sistema público de salud y, en tal sentido, se debieron identificar los requerimientos de infraestructura basal necesaria de cubrir para lograr una adecuada implementación. En tal sentido, si en este proyecto no se identifican las brechas existentes, y no se invierte para cerrarlas, inevitablemente la pretensión de universalidad del proyecto en el sector público fracasará.

Como segunda cuestión, en cuanto a los aspectos presupuestarios del proyecto, más allá de ahondar en la eficiencia del gasto público y la definición según prelación de definición del prestador de la atención médica, donde quizás se podría avanzar en un mayor detalle tendiente a evitar arbitrariedades en cada segmento, estimó necesario incorporar en tal prelación a las pequeñas y medianas empresas que, acreditadas, otorgan servicios de carácter ambulatorio, dada la capacidad instalada y que puede resultar útil para esta política.

Una tercera cuestión que resulta necesaria atender es que a pesar de todas las atribuciones de Fonasa, aún falta el componente de la responsabilidad en la recaudación del seguro público, lo que es una función estratégica. Fonasa tiene las atribuciones de calificar a la población beneficiaria,

incluso se le habilitó para requerir y ejecutar información del Servicio de Impuestos Internos, pero aún falta avanzar en esa materia, a pesar que un objetivo para el sector sería lograr disponer una regla que cautele que las cotizaciones no operen como una fuente sustitutiva del aporte fiscal, cuestión que fortalecería el presupuesto en salud,

Una cuarta cuestión a analizar es atribuir a Fonasa la administración de las redes de salud, ser el responsable de organizar la red de prestadores, pues ello iría a contrapelo del sistema de salud que se ha creado en el país. Sobre todo, porque esa administración no es una cuestión propia de un seguro público, y más pareciera una cuestión que correspondería a una entidad rectora del sistema de salud, sin perjuicio de la asesoría que en la materia puede tener Fonasa. Esto sería distinto si, en cambio, se pretendiera avanzar hacia un seguro de salud único, pero no es eso lo que acá está en discusión.

En otras materias, estimó que debe ser revisada la regulación propuesta sobre acceso a licencias médicas, pues lo que debe primar es una lógica de seguridad social en la materia, más que el sistema al que se encuentre adscrito un prestador o un beneficiario. Es un aspecto que, estimó, necesita mayor aclaración o explicación.

En cuanto al informe financiero que acompaña al proyecto, manifestó que se queda con una sensación de no satisfacción. Ello, pues a pesar de las explicaciones dadas sobre el tema por el Director del Fondo Nacional de Salud y de los ahorros propuestos, con las cifras propuestas surgen dudas y cabría cotejar los datos con los que se elabora tal informe pues, a su juicio, las cifras no cuadran. Por ello, esperaría una información del Ministerio de Hacienda algo más detallada, a fin de dar viabilidad a un proyecto de esta envergadura.

Finalmente, compartió la conveniencia de la nueva gobernanza propuesta hacia Fonasa, sin perjuicio de estimar que podría ahondarse en una mayor participación ciudadana.

A su vez, expresó que la magnitud de esta reforma de fortalecimiento de Fonasa, es enorme. Tanto así, que se plantea que se van a recomponer y reorganizar todas las leyes que tiene el sistema de salud en un solo compendio: la Ley General de Salud. En consecuencia, se requiere de un informe financiero con todas las implicancias, magnitudes, proyecciones y simulaciones, de acuerdo a la magnitud del desafío que el sistema tiene, especialmente por las garantías explícitas del plan de salud universal.

Se trata de un Plan que es propio de la seguridad social moderna y que avanza de una cobertura inicial como fue las garantías explícitas en el Auge, provocando un cambio de paradigma en el sistema de salud. El informe financiero confunde el enorme esfuerzo que hay que hacer y la gran virtud del plan de seguridad social que se propone, afirmó.

Invitó a revisar el informe de la Comisión Nacional de Productividad que asevera que es posible mejorar la gestión de la salud en las redes asistenciales y en los hospitales públicos con un conjunto de recomendaciones, entre ellas, la ampliación de turno, iniciando los procesos de producción quirúrgica más temprano, instalando asignación de estímulos a la producción, etc., por

supuesto acompañado por una mejor fiscalización. Es una invitación a fortalecer el sistema público.

Se mostró en desacuerdo con que la capacidad de expandir los recursos sea con cargo a resignación, aseveró que ello debilita el informe financiero más allá de que permanentemente los GRD se vayan incorporando. Llamó a considerar y revisar que el informe de la Comisión Nacional de Productividad dice que no hay ningún país en el mundo que haya partido con solo GRD, todos utilizan combinaciones con otros mecanismos.

En relación a la responsabilidad de las redes y la relación del seguro con estas redes para el cumplimiento del plan de salud familiar, señaló que Fonasa como seguro público tiene que aprovechar todas las capacidades que la ley le otorgue para hacer y cumplir el rol de garantía de derechos, debiendo priorizar el plan de salud familiar y el GES dentro del plan de salud universal, que será el corazón de su articulación. Actualmente, el proyecto da la impresión de que Fonasa articula las redes.

Estimó que el artículo referido a las licencias médicas va en contra de los principios de la seguridad social, porque establece que si no está el prestador adherido en la red de Fonasa, la persona no puede recibir la licencia. No se puede separar el subsidio del otorgamiento de la licencia, desde el minuto que se entrega la licencia a la persona, ésta entra a tener el derecho, afirmó. Finalmente, expresó que esta magnitud de reforma debería poner un fuerte énfasis en los derechos.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, señaló en relación al consejo directivo contemplado en el proyecto, que la gobernanza que está proponiendo a Fonasa, a su juicio, es muy buena, porque tener mayor control en la línea de mando o directiva es especialmente importante para la formulación del plan estratégico de los objetivos, siempre en el contexto de una metodología en la construcción de consejo que sea lo más representativa posible, ojala con representación social, además, de contar con un alto nivel técnico e idoneidad profesional. Estimó que es indudable que el consejo actuará como un filtro y además como un decisor institucional, llamó a ver la experiencia de otros consejos, como el del Banco Central.

Le pareció muy adecuado que se desacoplen los ciclos políticos con los directores de servicios, otorgando sentido de proyección de las políticas, lo que también pasa por una buena gestión pública en términos de definir misión, objetivo estratégico, entre otros.

En relación a las sociedades médicas, expresó que se genera básicamente y se potencia con la reforma de salud. El informe de productividad muestra cómo se organizan las sociedades en torno a los servicios de salud, lo que pasa por aspectos administrativos, regulatorios y sancionatorios.

5) Exministro de Salud, señor Osvaldo Artaza.

Manifestó que posee una opinión favorable sobre la idea de que Fonasa se constituya efectivamente como un seguro público y que garantice de modo equitativo y solidario un Plan Universal de Salud a toda la población chilena,

a través de prestadores públicos de modo preferente y también con privados en convenio.

Sostuvo que el proyecto ofrece una oportunidad que debe ser aprovechada, a través del debate y su perfeccionamiento, para que efectivamente posibilite un Plan Universal de Salud y la constitución de Fonasa como un real seguro público. En el mismo sentido, planteó una eventual desaparición gradual de las Isapres y su transformación en seguros complementarios, precisando que de existir un Fonasa como seguro público que asegure un Plan Universal a través de una prestación mixta, no es necesario mantener las Isapres, sino sólo como seguros complementarios.

Afirmó que la iniciativa plantea quitar a los hospitales y a los servicios de salud, la posibilidad de seguir con una suerte de privatización encubierta de los hospitales públicos, a través de modalidades de compras de servicio, tales como el que se efectúa a sociedades médicas. Asimismo, comentó que posibilita la realización de licitaciones abiertas y transparentes en aquellas prestaciones donde actualmente no hay oferta suficiente.

Manifestó que el proyecto puede ser una oportunidad para abrir un espacio de debate en concordancia con las líneas estratégicas para el acceso y la cobertura universal a la salud, que Chile comprometió en la Organización Panamericana a la Salud, sobre el insuficiente gasto público en salud en Chile (actualmente de 4% del PIB, cuando debería ser superior a 6% del PIB); el insuficiente gasto en APS (el gasto público en APS es inferior al 25%, cuando debiera estar sobre el 30% del gasto) y en medicamentos (los que explican gran parte del gasto de bolsillo de las personas)

Respecto de los aspectos no abordados en el proyecto (Isapres y prestación pública), esgrimió que si el Plan de Salud es Universal, debiese ser para el 100% de los chilenos, precisando que sólo será posible si el modelo de atención es común para todos los prestadores y está basado en la estrategia de la atención primaria a la salud.

Asimismo, comentó que la implementación exitosa de un Plan Universal requiere de una reforma a los prestadores públicos, a través de cambios en gobernanza, gestión, mecanismos de pago e incentivos a los funcionarios de la salud. A su vez, señaló que también se requiere modificar a los prestadores privados, especialmente respecto del modelo de atención y sus incentivos.

Declaró que el proyecto fomenta dos áreas de disenso: 1) Quienes promueven un monopolio estatal en salud, los que estarán en contra de que el Fonasa sea seguro público y pueda –además de financiar actividades en redes públicas de modo preferente- requerir complementariedad privada para la implementación del Plan Universal y, 2) Quienes están por la presencia de privados en el aseguramiento, quienes promoverán la existencia de multiseguros para el cumplimiento del Plan y temerán que un Fonasa fortalecido ponga en riesgo la presencia de privados en el aseguramiento.

Se refirió a las áreas de perfeccionamiento del proyecto, comentando que en el ámbito de la gobernanza, es probable que se requiera potenciar una mayor participación y evaluar fórmulas que incluyan representantes de los

beneficiarios. También, esgrimió que existen vacíos con respecto al diseño, contenido del Plan Universal, entre otros.

Afirmó que se debe precisar el papel de Fonasa en “la estructuración de redes”, precisando que Fonasa no administra ni gestiona redes, sino que es responsable de contratar a las redes públicas existentes toda su capacidad de oferta y complementar dicha oferta con prestadores privados con los que Fonasa convenga.

Por otro lado, explicó que mientras existan las Isapres hay que establecer un límite razonable a la compra fuera del sistema público y colocar en la ley un número de años en que la prima del Plan Universal sea igual al promedio de cotización en el sector Isapres, a fin de asegurar equidad en per-cápita.

También, se refirió a la interpretación de la “excepción” que dispone la pág. 19, tercer párrafo; modificación del artículo 50, letra d, pág. 36 sobre: “excepcionalmente, distintos precios de compra de un mismo servicio”, indicando que se podrá eventualmente pagar a otros prestadores a precios distintos de los que se paga a los hospitales públicos, argumentando que lo razonable es que las reglas y precios sean parejos.

En el mismo sentido, mencionó que la iniciativa abre un espacio de perfeccionamiento a la Modalidad de Libre Elección (MLE), lo que implica un importante gasto público en salud, no existiendo evidencia sólida sobre el impacto y la eficiencia de dicho gasto.

Por último, abogó por promover la idea de legislar, siempre y cuando exista perfeccionamiento en el proyecto, principalmente porque el Plan no es Universal, ya que sólo es para los beneficiarios del Fonasa, sin asegurar un gasto público creciente y, además, no modificaría la prestación pública.

Finalmente, estimó relevante desarrollar una estrategia de mediano plazo para resolver el déficit de infraestructura pública y de capital humano, como también, un acuerdo sobre el mayor espacio fiscal necesario para los incrementos graduales de gasto público en el Plan Universal.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, reflexionó sobre el ciclo político y la voluntad de avanzar en materia de salud, esbozando que el plan no será universal hasta que incluya a todos sin excepción. A su vez, afirmó que no solo es un tema de recursos disponibles, sino que donde y cómo se destinan dichos montos.

Respecto al Ges (o Auge), planteó la necesidad de priorizar adecuadamente para su correcto funcionamiento y, reflexionó sobre los incentivos perversos en el sistema de salud.

6) Director Nacional y Secretario de Salud y Políticas Públicas de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Confedeprus), señor Mauricio Vera Carimán.

Manifestó que el proyecto de ley no viene a otorgar una solución profunda a la crisis hospitalaria que existe en la salud pública, ejemplificando con

los graves problemas de insumo, dotación e infraestructura que afectan al Hospital San José y al Hospital Gustavo Fricke.

Comentó que la misma iniciativa se refiere a la falta de eficiencia del sistema y la gran cantidad de recursos que durante de diez años se han incrementado en el área, sin embargo, explicó que siempre trabajan al déficit en salud pública, precisando que en redes asistenciales no se paga la totalidad de la prestación y que no existe capacidad para otorgar cobertura a la demanda de la población, teniendo en consideración que desde 2.000 se ha reducido la capacidad hospitalaria.

Manifestó que el objetivo del proyecto es otorgar cobertura universal, no obstante, el plan universal de salud puede ser modificado todos los años y aún no se encuentran definidas cuáles serán las patologías que va a considerar, precisando que dichas patologías no son de carácter permanente y pueden ser modificadas según disponibilidad presupuestaria.

Asimismo, estimó importante que se considere la participación ciudadana para la elaboración del proyecto de ley.

Por otro lado, esgrimió que Fonasa será quien gestionara las redes, perdiendo la lógica territorial mantenida hasta la actualidad, indicando que sólo “tomará en consideración” los objetivos y servicios sanitarios determinados por el Ministerio de Salud. Al respecto, expresó que las políticas del Minsal no serán vinculantes para Fonasa.

Respecto a la red que pretende establecer el proyecto, comentó que no va existir un orden de prelación por compra o derivación, porque el servicio público no es capaz de asumir la demanda y, por lo tanto, pasaría directamente a los entes privados.

Sobre la modalidad de libre elección, estimó preocupante establecer bonificaciones mayores al 60% para algunas patologías o situaciones específicas, porque podría generar un espacio de mayor desvío de recursos a instituciones privadas.

En el caso de los medicamentos, argumentó que el proyecto sólo contempla aquellos genéricos o ambulatorios, reflexionando que ocurre con los fármacos que no cumplen con dicha categoría y que si están entregados de forma gratuita.

En síntesis, explicó que se trata de un plan que no dice relación con la universalidad, ya que todos los años se incorporarán y retirarán servicios y cobertura, según su disponibilidad presupuestaria.

Además, expresó que se van a generan instituciones paralelas al Ministerio de Salud que, no obedecen a la Política Sanitaria y, que estarán relacionadas directamente con la compra de prestaciones.

También, declaró que posee una asignación presupuestaria del todo insuficiente y que favorecerá la utilización de fondos públicos fuera del sector. Asimismo, expresó que no existirá un orden prelatorio de compra de servicios cuando sea necesario.

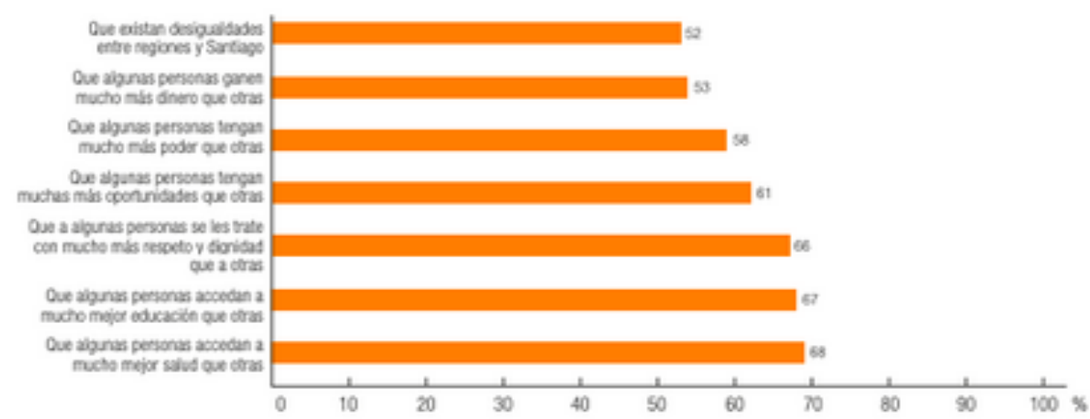
Finalmente, hizo presente que se requiere una real reforma que garantice el derecho y la calidad en la salud, con un rol preponderante por parte del Estado, terminando con el lucro en las prestaciones de salud y, abordando la perspectiva de género, diversidad sexual e identidad territorial, para avanzar a un sistema único de salud financiado con impuestos generales.A su juicio, el proyecto de ley no avanza en ese camino, sino que mantiene la subsidiaridad dentro del sistema de salud.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, reflexionó sobre el sistema de salud en Chile y las pocas elecciones que tienen las personas, recalcando que el proyecto de ley no mejorará la brecha existente. Al respecto, y luego de reflexionar sobre la destinación del financiamiento en salud pública y la prioridad de enfocarse en la Atención Primaria, planteó la necesidad de asegurar el derecho a la salud y no solamente a su libre elección.

7) Exsuperintendente de Salud, señor Manuel Inostroza,

Comenzó su exposición dando cuenta del siguiente gráfico :

GRÁFICO 1 ¿Del 1 al 10, cuánto le molesta a usted cada una de las siguientes situaciones? (porcentaje de menciones 9 y 10)



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta PNUD-DES 2016.

Al respecto, consideró importante agregar al análisis el informe “Desiguales de 2017”, destacando que a esa fecha ya existía un 68% de los chilenos que estimaban que era inaceptable que algunas personas accedan a mucho mejor salud que otras y, por lo tanto, era la mayor percepción de desigualdad social en Chile.

Explicó que la pregunta se venía realizando desde el 2000, siendo ese año un 52%, el 2009 un 61% y el 2016 un 68%, existiendo una evolución de la sensación de desigualdad en un 16%.

Respecto de los lugares donde se experimentaban malos tratos, informó que el tercer lugar, después del trabajo y la calle, fueron los servicios de salud, con un 37% aproximado de percepción ciudadana. A mayor abundamiento,

señaló que dentro de las personas percibidas como autoras de malos tratos, se puede visualizar a los funcionaros públicos en un segundo lugar.



En el mismo sentido, enfatizó que existe un estudio de carácter reciente elaborado por la Universidad Católica, que posee un estudio de campo entre agosto y septiembre de 2019, justo antes del estallido social. Detalló que en la sección “temores”, la mención más recurrida por parte de la población chilena, con 82%, dice relación con no tener los medios para pagar una cuenta médica en caso de enfermedad grave.

Hizo hincapié en que el 80% de la población se encuentra afiliada a Fonasa, existiendo un 67% de dicho segmento con un copago 0 en modalidad institucional, por lo tanto, infirió que la gente utiliza los prestadores privados de libre elección en forma masiva.



Por último, se refirió a la encuesta CEP, indicando que la prioridad en salud aumenta en 14 puntos, en el periodo de mayo a diciembre de 2019, convirtiéndose en uno de los principales problemas que afecta a la ciudadanía.

Respecto al seguro catastrófico, recordó las recomendaciones realizadas en la Comisión el 13 de agosto de 2019. En términos generales,

esbozó que el seguro catastrófico es un gran avance y una buena iniciativa, sin embargo, la reforma de Fonasa debe estar focalizada en convertirlo en Administrador Público de la Seguridad Social, es decir, un seguro público fuerte y eficiente, lo que implicaría abordar, a lo menos, un sistema de gobernanza de Fonasa que garantice su independencia; avanzar en el establecimiento de un plan universal de salud; competencias para mejorar a sus beneficiarios; capacidad organización, flexibilización de sus niveles de cobertura.

A mayor abundamiento, reflexionó sobre los cambios institucionales, el Plan de Salud Universal y la cobertura financiera de los medicamentos.

	Opinión de las personas	Estrategia de la reforma	Propuestas	Proyecto FONASA N°580-367
Reforma integral o reforma ambos sistemas	68% de los encuestados prefiere una reforma a los problemas urgentes en Fonasa e Isapre y sólo un 30% una reforma integral*.	-No intentar zanjar hoy dicotomía entre seguro único o multi- seguro. -Avanzar en un solo sistema de salud con lógica de Seguridad Social. -Avanzar por etapas, el camino es el mismo para ambas visiones de largo plazo. -La clave es la transición: diseño Plan salud, selección ingreso, libre movilidad, prima plana, regulación y precios.	-Reformar ISAPREs para transformarlas en Administradores Privados de la Seguridad Social en Salud. -Reformar FONASA, darle la potestad de Administrador Público de la Seguridad Social en Salud. -Fonasa debe tener autonomía del gobierno de turno y una Gobernanza sólida.	-Ok con la Potestad de Administrador Público de la Seguridad Social en Salud, pero no de las Redes de prestadores -Establece la necesidad de un gobierno corporativo autónomo e independiente. Aunque se debe perfeccionar -Falta avanzar en la Reforma Legal de las ISAPREs como administradores privados de la Seguridad Social
Regulación	-Hay disconformidad con ambos sistemas por fallas que se deben en parte a un deficiente marco regulatorio	-Un solo marco regulatorio para FONASA e ISAPREs y para prestadores públicos y privados.	Mayor autonomía a Superintendencia de Salud - Mayores atribuciones para regular FONASA- ISAPREs - Regulación y reformas de prestadores públicos y privados .	-Avanza en más atribuciones para Superintendencia de Salud. No propone autonomía de la Super Nada dice de la Reforma a las redes de prestadores públicos
Plan de salud	Hay un amplio acuerdo 77% en que FONASA tenga un plan de salud universal similar al de las ISAPRE*.	-Avanzar en el Plan de salud de ISAPREs. -Se deben organizar los actuales beneficios de Fonasa y futuros (seguro catastrófico) en torno a un Plan de Salud de FONASA. -Ambos planes en 5 años deben confluir progresivamente en un solo plan de salud.	-El Plan de Isapre y Fonasa deben contener todos los mismos beneficios (GES-CAEC-Complementario). -Deben tener los incentivos para que cambie el modelo atención del sistema público y privado.	-Ok en la definición inicial del Plan Universal de Salud para FONASA -Falta avanzar en su definición en ISAPREs Falta avanzar en una mejor definición de su elaboración, cálculo de costos e incentivos para el cambio de modelo de atención

*Encuesta Nacional de Salud 2019 del ISP de la Universidad Andrés Bello (anexo)

Respecto de los cambios institucionales, estuvo de acuerdo con otorgar la potestad que propone el proyecto de ley, en el sentido de que Fonasa sea el administrador público de la seguridad social en salud, pero no de las redes de prestadores, ya que existe -en el texto positivo- una confusión entre la función de compra con la función de articulación y administración de las redes, que les corresponde a los servicios de salud.

Asimismo, explicó compartir la idea de otorgar más atribuciones a la Superintendencia de Salud, siempre y cuando exista mayor autonomía de la misma. Además, consideró importante abordar una reforma a las redes de prestadores públicos, ya que es fundamental para lograr garantías de derechos entre el seguro público y su red preferente.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, manifestó que en relación a la cobertura financiera de medicamentos, un estudio de 2019 elaborado por la Universidad Andrés Bello, demuestra que prácticamente el 80% de las personas se encuentra preocupada por la falta de cobertura de medicamentos en sus planes de salud y como ese gasto llega a ser significativo a nivel familiar.

Declaró que la iniciativa avanza en dicha materia, ya que por primera vez se establece una cobertura de medicamentos, describiéndose en su articulado -artículo 144 del proyecto de ley- las diversas posibilidades que permite, sin embargo, opinó que el informe financiero es muy poco significativo.

Haciendo alusión al informe elaborado por el Ministerio de Salud, respecto al estudio “Gasto de Bolsillo”, en el cual se puede inferir que los $17,7 mil millones de la ley representan sólo el 1,3% del gasto de bolsillo en medicamentos de las familias más pobres del país, por lo tanto, estimó importante gestionar su corrección.

Citando un informe del señor Matías Goyenechea, sobre el presupuesto 2019-2020, en el cual se ilustra que el gasto total en prestaciones compradas por la autoridad el año 2019 asciende a un 3% del presupuesto público y, el gasto total en libre elección alcanza el 6.2%, motivo por el cual, estimó que la compra a privados -en un máximo- sería de 9%, por lo tanto, el 91% del presupuesto se gastaría en la red pública.

Reflexionó que nadie puede aducir que gastando el 91% del presupuesto en salud pública, se está ante un sistema privatizado.

Respecto a los otros países, sugirió mirar con cuidado el caso de Brasil, ya que su constitución política tiene 13 páginas de declaración y garantías y derechos en salud, con un sistema único pagado totalmente con impuestos, sin embargo, los brasileños siendo la mitad de ricos que los chilenos -en términos de ingreso per cápita- tienen más brasileños en salud privada de lo que tiene Chile con un sistema mixto.

A su vez, manifestó que la consideración de administración de las Redes Integradas de Servicios de Salud en el seguro público es un error técnico en el proyecto y que debiese ser corregido.

Finalmente, estimó que en términos generales, no están dadas las condiciones para establecer inmediatamente un seguro público; sin embargo, hay que avanzar en una transición para transformar a Fonasa en seguro público y a las Isapres en instituciones de seguridad social privada, eliminado todo rastro de inequidad y discriminación en ellas.

Sobre el informe de productividad, afirmó que fue muy ilustrador respecto de la necesidad de reforma del sistema prestador y del mecanismo de pago de los médicos.

8) La académica de la Universidad Mayor, señora Lorena Hoffmeister.

Comenzó su presentación exponiendo el siguiente esquema:



Al respecto, manifestó que en el Plan de Salud Universal, el concepto "universal" es muy relevante, ya que si no se encuentran consideradas las Isapres y/o las Fuerzas Armadas y de Orden, difícilmente podría utilizarse dicha terminología.

Explicó que un plan universal de salud debe dar respuesta a las metas del sistema de salud, precisando que debe mejorarla, protegerla financieramente -el proyecto define un 80% de protección financiera lo que es razonable-, otorgar respuesta a necesidades legítimas de la población y reducir segmentaciones.

Además, expresó que es importante aumentar legitimidad política, técnica y social del racionamiento al explicitarlo y generar procesos e institucionalidad ad-hoc, como también, dar una señal para los agentes del sector sobre lo que debe ofrecerse.

En el mismo sentido, estimó relevante incorporar en la ley una evaluación de las actividades y resultados del Plan de Salud Universal.

En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, manifestó que todos los modelos de salud en países desarrollados son exitosos, salvo el de mercado aplicado en Estados Unidos de América. Destacó que la clave del éxito es poseer una población homogénea con menos desigualdades y apostar al sistema de atención primaria de salud. Finalmente, aclaró que el Ges es conocido y valorado por la población, sin embargo, existe una diferencia importante entre su utilización en el sector público y en el privado.

9) Exdirectora de Fonasa, señora Jeanette Vega

Comenzó su exposición manifestando las dificultades del Sistema de Salud Actual, entendiendo que existe una gran fragmentación en el sistema, por los siguientes problemas:

a) Múltiples formas y fuentes de recaudación de recursos.

b) Múltiples seguros con pool pequeños (excepto Fonasa), desregulados con descreme por riesgo e ingreso y con lógicas de aseguramiento distintas.

c) Múltiples paquetes de beneficios.

d) Múltiples mecanismos de pago a prestadores.

e) Múltiples modelos de atención y de entrega de servicios.

Hizo presente la necesidad de un país donde la salud sea un derecho social, universal y que esté en función de las necesidades de las personas y no de su capacidad económica. No obstante, la pregunta clave es cómo hacer una Reforma de Salud que avance en visión de Salud como derecho social, y para lo anterior es primordial asegurar las siguientes premisas:

a) Asegurar que cobertura financiera no esté ligada a empleo, es decir que no necesariamente sean las personas que estén empleadas las que solo tengan acceso a seguridad social.

b) Financiamiento creciente por impuestos generales.

c) Reunir fondos, independiente de las fuentes de financiamiento.

d) Asegurador publico único.

e) Sin discriminación por riesgo, edad o preexistencias.

f) Foco en resolver los problemas de acceso y protección financiera de los más vulnerables primero.

g) Mecanismos de transferencia de traspaso de recursos a prestadores que compartan el riesgo y en base a resultados.

h) Esfuerzo continuo de comunicarse honestamente y con transparencia con la ciudadanía.

Puso en relieve que el seguro único debe considerar al menos tres argumentos:

- Equidad/Igualdad, que permite redistribución de riesgos y de recursos/beneficios entre afiliados al ser un pool único.

- Eficiencia, que involucra un costo de transacción de regular y de incentivos para compensar mercado imperfecto en competencia por seguros.

- Eficiencia, donde grandes pool bajo un administrador reduce el costo financieroo y aumentan influencia sobre prestadores a virtudes de un monopsonio.

En cuanto a las preguntas claves para el diseño de un Sistema de Salud, existen dos preguntas fundamentales que deben realizarse:

1) El sistema se organiza desde el o los seguros o desde la provisión. Porque cuando el sistema se organiza desde los seguros, ello significa que el foco está en encontrar mecanismos que sean eficientes financieramente para generar prestaciones, y si el foco se organiza desde la provisión, el foco esta puesto en las condiciones de los prestadores para poder ser la mejor provisión.

2) Visión de sistema público, porque todos los mecanismos pueden ser combinados de manera virtuosa, por ejemplo se puede organizar el sistema

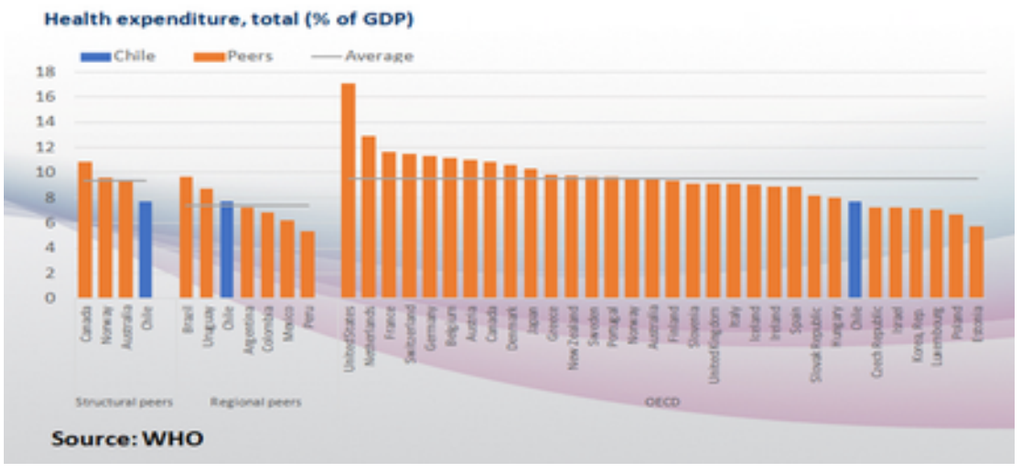
con una mirada de sector público con una prohibición mixta pero privilegiando que exista una prohibición de carácter pública.

Hizo presente qué debe incluir específicamente la Propuesta de Reforma de Salud, en primer lugar explicitar el objetivo de avanzar a tener un gasto público en salud más alto, avance progresivo hacia el financiamiento por impuestos generales, Plan de Salud Universal, amplio que contemple MAI, MLE, GES, Ley Ricarte Soto y PSF, Seguro Único de Salud que administre recursos financieros (cotizaciones y aporte fiscal) y "compre" acciones de salud a prestadores públicos y privados, restringir tercerización desde hospitales y servicios de salud para contener la inflación médica y generar economía de escala, isapres o aseguradoras privadas, que se transforman en seguros complementarios o de segundo piso, provisión mixta pública y privada pero privilegiando el fortalecimiento del sector público de Salud. Agregó que el primer nivel de atención es el domicilio, por lo que se incluye financiamiento a servicios en domicilio, presencial o digital y, por último, política de medicamentos como bien publico.

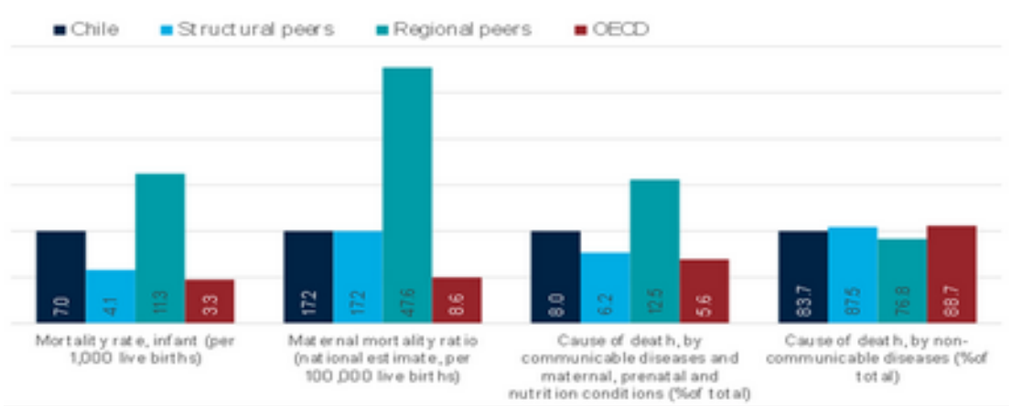
Se refirió a la propuesta del gobierno sobre la de Reforma de Fonasa. En primer lugar crea un Plan Salud Universal (PSU) que contendrá garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad y será rol del Fonasa asegurar el plan y sus garantías, no obstante con los recursos actualmente disponibles a lo mejor no será posible. En segundo lugar se define una nueva gobernanza para Fonasa, estableciendo un Consejo Directivo, presidido por el Director y un Consejo Consultivo Asesor. La pregunta que inmediatamente hay que realizar es por qué se necesita si Fonasa será entendida como un ente público y cómo se evita que ese seguro sea capturado por intereses corporativos. En tercer lugar, se crean nuevas funciones y atribuciones para Fonasa, que le permitan ejercer su rol de asegurar otorgamiento del PSU en la red de prestadores. En cuarto lugar, se reforma la Modalidad de Libre Elección, buscando asignarle un rol complementario al PSU y estableciendo cambios en la forma de incorporar prestadores institucionales a esta modalidad, el gran temor es que efectivamente esta reforma en la modalidad libre elección signifique que comience un gran énfasis en comprar al sector privado en una modalidad que es fundamentalmente pago por prestaciones y que por lo tanto sería financieramente ineficiente. Por último se crea un seguro de medicamentos, basado en una canasta de medicamentos genéricos definida por Fonasa.

Se refirió a las interrogantes claves frente a la propuesta actual, en primer lugar el tamaño del plan, ya que a mayor tamaño más garantías reales, porque si el plan es pequeño hay menos garantías financieras y de acceso. Cómo se resolverá la tensión entre pago histórico y pago por prestaciones o resultados, en los hospitales será una interrogante. En cuanto a la inequidad de los planes, cómo se resolverá el que unos se atienden solo en el público y otros en modalidad libre elección. Cómo se equilibra y financia el 80% cobertura, ¿por regulación precios? o será por aranceles o restricción de uso Modalidad Libre de Elección?. En definitiva recursos claramente insuficientes, no calzan con cálculos previos, como también cómo se conecta con reforma de prestadores públicos, por cuanto no es posible exigirles si no cuentan con los recursos necesarios.

Resaltó que el gasto en salud en Chile es muy bajo cuando se compara con países con sus pares estructurales (igual per cápita e igual composición demográfica), e incluso no es tan alto con respecto a sus pares latinoamericanos. La razón entre las personas y médicos es la más baja de todos los pares estructurales, por lo tanto se requiere generar una política de recursos humanos para formar médicos.



Finalizó comparando la tasa de mortalidad infantil ysi se confronta con los pares estructurales lo que se observa es que Chile (franja azul en el gráfico) no tiene una tasa de mortalidad infantil que sea muy baja o comparable con la OCDE, y tiene tasas mayores a sus pares estructurales:



En respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, señalo que en cuanto al 7% de cotización, es preciso aclarar que son cosas distintas el seguro y la prohibición, ya que una cosa es plantear que exista un seguro público o sólo prestadores públicos. En Chile tradicionalmente ha existido la prestación mixta, pero ello no debiese significar que se termine en un sistema privatizado sino mantener el sistema público y de calidad. Respecto a la propiedad del 7%, afirmó que éste es parte de la seguridad social y es una contribución que todos hacen para financiar la salud de todos, que antiguamente se denominaba solidaridad. Es decir que si en la práctica hay un solo pool al que

todos contribuyen, las personas que ocupan más el sistema como los adultos mayores y quienes tengan más enfermedades, permiten ser financiados por los más jóvenes, los que no padezcan enfermedades y los que tienen más, y así los dineros se redistribuyen, como también los riesgos, ganando eficiencia económica.

Afirmó que debe existir un fondo universal, porque los países que tienen un pool único tienen mayor eficiencia en atención de calidad, entregó como ejemplo a Corea del Sur quienes pasaron de tomar múltiples pool, a tener un solo asegurador único social, por lo tanto la definición del modelo no es menor y tiene que ver con el sistema de salud que se quiere, es una pregunta que trasciende, se quiere o no un sistema predominantemente de salud público de calidad.

Hizo presente que la mejor alternativa es un seguro único porque actúa como monopolio frente a los prestadores, y allí hay que elegir cuál es el riesgo menor ya sea captura pública o privada y si uno tiene un seguro único que provea el plan universal con seguro de segundo piso o prestaciones adicionales.

Respecto del plan de salud universal, es otra falacia, porque Chile ya cuenta con un plan de salud universal, lo que sucede que no está consagrado como tal, el cual posee los siguientes componentes; plan de salud familiar en atención primaria, ley de las garantías incluyendo las garantías explícitas Ges, y Ricarte Soto, es decir sí existe un plan universal, la pregunta es si la propuesta disminuye este plan universal o no, ahora bien si lo aumenta asegurando las mismas condiciones de calidad es viable.

Por último afirmó que el sistema público no puede responder a todas las demandas en las condiciones actuales, por cuanto obedecen a anomalías que se deben corregir en el sistema, que significa mejoría en gestión y ello requiere recursos públicos.

10) En representación de la Asociación de Colegios Profesionales de la Salud, la señora Anita Román.

Comenzó manifestando que no tenían claro como asociación si apoyarían un seguro único de salud en el país, pero sí tenían claridad en que no apoyaban los ejes de la propuesta ministerial para la reforma de la salud.

Al efecto, señaló que les preocupa el que no se otorgue cobertura alguna a servicios de atención de salud que no se incluyan en el plan de salud o que sean prestados fuera de la red de prestadores, y que el plan deba ser aprobado por decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud suscrito, además, por el Ministro de Hacienda. En tal sentido, la preocupación refería a que no se tiene conocimiento de las prestaciones o contenido concreto que tendrá el plan de salud universal, mientras sí resulta conocido que no hay presupuesto suficiente para prevención, para cobertura de enfermedades poco frecuentes, para las ocho patologías de cáncer ginecoobstétrico -sólo se otorga cobertura a cuatro de ellas-, y no existe cobertura para la atención territorial del paciente o de sus acompañantes en caso de necesidad.

En tal sentido, si bien se plantea un paquete de beneficios garantizados, que sea efectivo y eficiente en el racionamiento de recursos, no estiman que sea para mejorar la salud de las personas, y no tiene presente las

diversas realidades del país, tales como las personas que viven en la ruralidad. Así, definir que este plan se hará en base al presupuesto establecido por el Ministerio de Hacienda y por Fonasa, y que contará con un directorio de cinco personas, cuatro de ellos elegidos por el Presidente de la República, lo que hace es profundizar la centralización, quitando a las gobernaciones y a las regiones, en general, la posibilidad de expresarse y presentar evidencia geográfica. A vía ejemplar, Fonasa podría indicar que para una cierta prestación sólo se hará en Santiago, y un problema que surge es a cargo de quién quedarían los traslados y, además, se podría hacer cuestión sobre el realizar inversiones en regiones tanto en recursos humanos como en infraestructura, lo que pondría en entredicho el rol de la subsecretaría de Redes Asistenciales.

Por ello, estimó que lo que se propone es profundizar el manejo de la infraestructura pública como caja pagadora de servicios privados, dado que si no se puede realizar la atención de acuerdo con los estándares propuestos, Fonasa puede comprar prestaciones al sector privado. Lo anterior puede centralizar aún más la atención en las grandes urbes, debiendo ser los usuarios quienes deberán viajar donde se presta la atención.

Finalmente, manifestó que causaba preocupación la nueva redacción de los artículos 138 y 139, pues mientras en la actual redacción existe especificidad en las prestaciones debidas en razón de maternidad, la propuesta si bien pareciera amplia, el hecho que en el literal d) del artículo 138 disponga expresamente la situación de la maternidad podría acotar en exceso las prestaciones a otorgar.

11) Secretaria de la Central Unitaria de Trabajadores CUT, señora Karen Palma.

Comenzó manifestando a modo de diagnóstico general que Chile despertó y la salud se encuentra en el primer o segundo lugar en las encuestas como una de las principales demandas de la población. En tal sentido, la crisis del actual modelo de salud se traduce en múltiples problemáticas que afectan la atención a las personas, pudiendo incluso dejarlas sin la prestación que requieren. Los problemas de falta de financiamiento y gestión directiva de la red pública de salud y el aumento sistemático de traspaso de recursos al sistema privado aumentan el déficit y la capacidad de resolver los problemas de salud de la población, en los establecimientos de Salud de la Red Publica a lo largo del país.

Dicho lo anterior, señaló que la Secretaría de Salud CUT representa la unidad gremial más amplia de los trabajadores, con 13 organizaciones sindicales de salud, lo que representa a más de 100 mil trabajadores y trabajadoras del sistema de salud público. Asimismo, que existe una declaración transversal por parte de los partidos de oposición, así como de la Democracia Cristiana y pronunciamientos de sectores de Evopoli y Renovación Nacional, sobre la necesidad de una transformación en salud, manifestando que la salud es parte de la seguridad social del país.

Frente a ese diagnóstico y ante la comprensión de la necesidad en la transformación en materia de salud, los actores relevantes del sistema de salud

acordaron cuatro puntos mínimos para mejorar el sistema, que apuntan a garantizar el derecho a la salud, una inversión del 6% del PIB, la creación de un Fondo Único y el aumento del gasto per cápita a $10.000. Esa es la Propuesta para Construir un Nuevo Sistema de Salud para Chile.

En cuanto al proyecto, destacó que en la elaboración del mismo no se contó con la participación de los distintos actores sociales -organizaciones de la sociedad civil, gremios de la salud, colegios profesionales, universidades, etc.-, y resulta contradictorio con todas propuestas presentadas por diversas organizaciones al Ministerio de Salud, pues no cumple el objetivo que declara tener, esto es, no 'crea' un plan universal de salud, cuestión ya existente en el país mediante el Régimen General de Garantías en Salud, sino que solo redefine prestaciones sanitarias que estarán cubiertas por el régimen o plan universal.

De igual manera, manifestó que las prestaciones en modalidad de atención institucional (MAI) o en libre elección (MLE) pasarán a un sistema de priorización similar al GES para delimitar cuales prestaciones cubrirá el sistema público, pero para modificar estándares de priorización de prestaciones que ingresan al MAI o MLE no es necesario hacer una modificación legal como esta, pues actualmente el Ministerio y Fonasa ya tienen esta facultad. En tal sentido, esto es solo un problema de gestión.

A su vez, estimó que es incierta la cantidad de prestaciones que cubriría el PSU, lo cual podría significar un esfuerzo innecesario y ninguna mejoría real en la cobertura y atención a las personas, teniendo presente que actualmente el régimen general de garantías en salud ya cuenta con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera.

Así, se intenta fortalecer a Fonasa como asegurador de un sistema mercantilizado, en lugar de un seguro o un sistema universal de salud -que es la demanda de los chilenos y chilenas- mediante la ausencia de criterios sanitarios para definir el modelo de atención y aplicación de criterios económicos por Fonasa. Al respecto, destacó que en la última época ha ocurrido un debate sobre si se avanza hacia un seguro único, multiseguro o un sistema público de salud, y este proyecto no representa a ninguna de esas alternativas.

En tal sentido, consideró necesario trabajar en la vinculación de la construcción de una política pública unida a una política salarial y de condiciones de trabajo, a fin de avanzar en una nueva mirada tendiente a dar la oportunidad a los trabajadores para manifestar su conocimiento empírico.

Concluyó que este proyecto de ley no entrega claridad respecto de una real mejora en salud de las chilenas y chilenos. En atención a eso, solicitó a nombre de las organizaciones de la salud, representando a trece organizaciones y más de 100 mil trabajadores y trabajadoras, rechazar el proyecto de ley, instalar una mesa de trabajo ampliada a fin de discutir una nueva propuesta en esta materia, y reingresar un proyecto de agenda corta que busque dar solución a las problemáticas de salud.

Si existe un diagnóstico compartido sobre la crisis sanitaria, es contradictorio lo que acá se plantea, hay cosas que no se materializan en el proyecto, solo quedan en expectativas, siendo que existen discusiones que deben

ser prioritarias. No pueden los trabajadores seguir esperando las demandas más sentidas en materia de salud, y es responsabilidad tanto de los funcionarios públicos como de los legisladores actuar en conciencia.

En respuesta a las consultas y observaciones formuladas por la Comisión, manifestó que debe discutirse cuáles son las concepciones sobre el tipo de equipo de salud que se desea para este nuevo modelo sanitario. Al respecto, entendía que incluso desde el Colegio Médico se ha hecho cuestión sobre el rol de las sociedades médicas y el daño que han hecho al sistema público de salud.

De igual manera, recordó que el informe de la Comisión Nacional de Productividad destacó las brechas existentes entre los diversos establecimientos, y ello importa tanto para el ejercicio de los cargos directivos, como en el rol de los equipos técnicos para plantear metas de largo plazo en el sistema de salud, cuestión compleja de hacer en tanto ocurren desmantelamientos de funcionarios en cada cambio de gobierno y que, inclusive, puede generar riesgos en la población, pues si bien algunos tipos de dificultades pueden remediarse, los errores en materia de salud cuestan la vida de las personas.

Finalmente, destacó que el proyecto de ley está elaborado desde el enfoque del asegurador, cuando su interés y el de las personas que representa es lograr crear un sistema con enfoque sanitario, pues se han cansado de las miradas economicistas. Por ello, promueven el establecimiento de un fondo único de salud, transformando a las Isapre en aseguradoras de segundo nivel, a fin de lograr que se garantice el derecho a la salud en toda su magnitud.

12) El Coordinador programático sector salud de la Fundación por la Democracia, señor Bernardo Martorell.

Manifestó que como primera cuestión, cabe definir desde qué perspectiva se piensa esta reforma, si desde el de solucionar las listas de espera o desde la vivencia de la persona que se enferma. Al respecto, hizo presente que según la Organización Mundial de la Salud en 2015, ‘a menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible’, cuestión que no podía obviarse toda vez que el 70% de los adultos en Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, tienen dos o más enfermedades crónicas (multimorbilidad) que requieren atención.

Así, dado que la nueva normalidad es tener muchas enfermedades, un proyecto que aborda sólo algunos aspectos tratando algunas enfermedades y no al sujeto en su integralidad podía ser insuficiente. Sobre el particular, estimó que la perspectiva sanitaria tradicional aplicada en el país ha sido la instalación de redes integradas de servicios de salud, basadas en la atención primaria, y cualquier proyecto de mejora a Fonasa debiese promover esa estrategia mediante financiamiento y gestión, cuestiones que el proyecto no aborda, pues no da mayor financiamiento y quita atribuciones a los directores de servicio.

Por ello, el enfoque dado hacia la compra de servicios, que alude a que los prestadores resuelvan episodios aislados no asume la estrategia previa

basada en el territorio que se tiene a cargo, impidiendo asumir la responsabilidad sobre la salud de las personas.

En cuanto al plan de salud universal (PSU), estimó como uno de los riesgos más grandes en la creación de garantías, esto es, instrumentos jurídicos que no aportan gestión ni recursos, sino sólo un procedimiento para hacer exigible la prestación, es generarlas allí donde no existe capacidad de oferta, lo que derivará en el desfinanciamiento del sistema público. Teniendo ese riesgo presente, estimó conveniente avanzar progresivamente desde programas piloto en los que se crea la cobertura, escalando dichos programas hacia las diversas regiones para luego que se posea la cobertura nacional, disponerla como garantía.

Al respecto, para alcanzar un equilibrio en coberturas de salud, desde la oferta se requiere crear estándares en recursos humanos, infraestructura y otros, y desde la demanda distinguir según el tipo de prestación o modalidad, pues no es lo mismo abordar las licencias médicas que la forma en que el paciente define al prestador institucional o de libre elección, y según el tipo de condición de salud -ges o Ricarte Soto-.

Sin embargo, con la información contenida en el proyecto no se pueden hacer simulaciones, pues no se informa el contenido del PSU inicial, y es razonable estimar que lo que no quede incluido en un principio, creará lista de espera no PSU, y lo que si quede incluido podría no contar con suficiente capacidad de oferta, dando lugar a una fuga de recursos.

Por ello, dada la ausencia de información, consideró que dar al gobierno la atribución para definir el primer plan de salud universal es dar un verdadero cheque en blanco.

En materia de gobernanza, en cuanto a la creación de un consejo directivo y otro consultivo son instrumentos interesantes pues buscan dar estabilidad institucional al sistema y protegerlo de la captura política. Al respecto, consideró pertinente analizar la experiencia existente en Corea del Sur, que tiende a un arreglo institucional, con un nivel de aprendizaje mayor para el mejor funcionamiento del régimen. Ellos cuentan con una institucionalidad similar a Fonasa, que opera como asegurador, pero cuentan, a su vez, con un servicio de evaluación del seguro, siendo una de sus funciones el revisar la calidad de las prestaciones e informar al asegurador qué prestaciones debe pagar. En otras palabras, los prestadores no envían la factura al asegurador, sino al servicio de evaluación, y esa separación de roles genera un mayor equilibrio entre esas instituciones.

Visto ese modelo, este proyecto sería una oportunidad para darle más atribuciones a la Superintendencia de Salud, para que sea ella la que desarrolle sistemas de información interoperables, transparentes y con publicación anual de base de datos, lo que facilita la investigación.

En cuanto al pago a hospitales públicos, instrumentos como el GRD o el pago per cápita, deben ser fortalecidos, pero la cuestión principal es definir el problema del precio de la prestación. Al respecto, destacó que el proyecto si bien dispone obligaciones en materia de costo, no existen mayores detalles sobre el arancel o qué estándares se deben cumplir a ese efecto, por lo que instar a que en

el momento de definir los precios se reflejarán los costos que tiene que proveer prestaciones de calidad y eficientes, cuestión que podría ser mejor ejecutada por un organismo independiente.

A su vez, estimó positivo el criterio de igualdad de precio a pagar ya sea el prestador público o privado, pero estimó necesario ahondar con mayor detalle en las situaciones de excepción, a fin que no exista la posibilidad en que se constituyan en la forma regular de operación y dejando sin efecto el interés en limitar los sobreprecios.

En cuanto al pago a proveedores no integrantes de los servicios nacionales de salud, estimó en primer lugar que las reglas de prelación eran correctas. Sin embargo, en esa materia debiese adicionarse como posibilidad a los establecimientos que tienen convenios celebrados al alero del decreto con fuerza de ley N°36, y no derogar ese instrumento, según propone el proyecto. De igual manera, facilitar la participación de empresas de menor tamaño, a fin de no crear un mercado complementario monopólico en el sector salud.

En segundo lugar, estimó pertinente disponer hacia esos prestadores otras reglas que complementen de mejor manera lo que se quiere de ellos y que permitan entenderlos como prestadores complementarios a los servicios de salud. Así, disponer obligaciones de atención que eviten la selección de pacientes a fin de que no atiendan, únicamente, a los pacientes de prestaciones rentables; obligaciones de apertura y transparencia, creando registros clínicos interoperables, permitiendo el acceso a sus instalaciones y registros para las debidas fiscalizaciones; obligaciones en cuanto a calidad en el empleo, a fin de resguardar que el empleo que crean sea de calidad tanto en sus plantas internas como en la subcontratada; y en cuanto a incentivos y descuentos, que se modulen a semejanza de los existentes para el sector público, a fin de que su participación en el sistema sea justa.

Finalmente, a modo de conslusión, señaló que se requiere reformar Fonasa, y si bien esta propuesta presenta algunos elementos de ordenamiento administrativo no da respuestas a las demandas ciudadanas, no aporta mayores recursos a hospitales públicos ni a la atención primaria, y no mostrará resultados durante este período de gobierno. Asimismo, pone en riesgo las redes integradas y, sobre todo, a la atención primeria de salud.

De igual manera, en tanto el primer plan de salud universal no viene incluido en el proyecto, se debe instar porque las garantías de oportunidad deban cumplir a priori requisitos de cobertura igual o mayor al 95%, ahondar en la regulación en materia de aranceles, sobre todo en materia de costeo de precios y limitación de las excepciones, aumentar las condiciones dispuestas a los privados para el otorgamiento de prestaciones en este sistema, y revisar las limitaciones dispuestas hacia los directivos de servicios y hospitales, pues limitan excesivamente su gestión.

Por todo lo anterior, consideró que este no es el proyecto que la ciudadanía clama para la solución de los problemas en Chile. No se puede arriesgar la estrategia de la atención primaria, y cuando el Ministro de Salud dijo que este era uno de los mejores sistemas del mundo, esa eficiencia que ha

demostrado es gracias a la atención primaria que ha hecho un trabajo preventivo muy importante.

El mercado competitivo de seguros de salud con un PSU no es una opción realista para Chile y no ha mostrado los resultados esperados en otros países -Alemania, Holanda, Estados Unidos-, y en cambio, crear un fondo con administrador único es una opción inmediata, probada, factible, eficiente y equitativa, tal como dan cuenta las experiencias de Australia, Canadá, Corea del Sur, Nueva Zelanda y Taiwán.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, señaló que a su parecer se pone en riesgo el sistema de salud toda vez que el enfoque del proyecto no es garantizar al sujeto en su integridad, sino que aborda su atención por partes, cuestión que contraría el hecho que las personas tienen dos o más patologías crónicas en la adultez. De igual manera, estimó riesgosa la redacción de los criterios de prelación al momento de definir al prestador, cuestión que puede favorecer la transferencia de recursos al sector privado en desmedro del sector público.

Asimismo, estimó que se abren espacios de riesgo en la centralización de la contratación de servicios de terceros en el asegurador, toda vez que se puede terminar asignando las prestaciones a los grupos que tienen los respaldos financieros para ofrecer tales servicios, incubándose un posible actor monopólico en el sector salud.

En cuanto a la experiencia coreana, refirió que si bien el asegurador es público, los prestadores son privados, cuestión que lamentan en ese país, pues dada esa situación no puede el Estado ejercer una adecuada gobernanza sobre tales prestadores.

Finalmente, estimó que si el sistema asegurador privado de salud en el país ha cumplido 40 años, razón por la cual parece lógico introducir cambios atendido el tiempo transcurrido. Sin embargo, las innovaciones sobre establecimiento de equipos de cabecera, programas preventivos u otros han surgido del sector público, y no del sector que promueve la innovación.

13) Expresidente del Colegio Médico de Chile AG., señor Enrique Paris Mancilla

Comenzó señalando que antes de abocarse derechamente al proyecto de ley, referiría algunas reflexiones que ha elaborado con los años sobre la salud de los chilenos.

En primer lugar, dio cuenta de una polarización en las discusiones sobre salud, polarización que lleva a plantear y defender soluciones cerradas que dificultan los acuerdos. El sector ha estado virtualmente viviendo una ‘pre-reforma’ por cerca de ocho años, generando altos niveles de inestabilidad, ha habido tres comisiones presidenciales y en dos de ellas –la primera y tercera, no se alcanzaron acuerdos, y la segunda tiene acuerdos que el gobierno anterior no fue capaz de convertir en reformas sectoriales. Esas visiones polarizadas han impedido que los dos últimos gobiernos se definan acerca de ‘qué reforma’

quieren llevar adelante, pues el problema de la salud no es culpa de los funcionarios de la salud, y la sola acción del Ministerio no es suficiente para dar respuesta a todos los problemas. Por ello, la existencia de instancias de diálogo entre los diversos actores sectoriales, la estimó positiva.

En segundo lugar, destacó el rol de los determinantes sociales de la salud, esto es, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Dichas determinantes sociales –pobreza, déficit habitacional, desempleo, alimentación y nutrición inadecuada, déficit educacional y riesgos en salud ambiental-, son fácilmente perceptibles en la situación nacional. Así, el problema ambiental en Quintero, la diferencia en los índices de salud entre las comunas ricas y pobres, o el que el 52% de los estudiantes que cursan entre prekinder y primero medio sufren algún tipo de obesidad, según la encuesta Junaeb de 2019, vuelven necesario recordar las palabras de Michael Marmot en su ponencia en Santiago en 2005: ‘gran parte de los problemas de salud son consecuencia de las condiciones sociales. A escala mundial, hemos de intentar que las políticas de salud dejen de limitarse a las soluciones centradas en las enfermedades y tengan en cuenta el entorno social’.

Similar situación se percibe, recalcó, en el hecho que las personas que mueren por el coronavirus, son personas que tienen enfermedades prevalentes tales como diabetes, obesidad mórbida u otras que tienen correlación con esos indicadores, y eso devuelve la discusión a cuestiones ya sabidas, tales como que el problema de la salud es un tema de Estado, por lo que debería ser llevado a cabo mediante una gran alianza por la protección de la salud de la población.

Abocándose al proyecto de ley, estimó que existen desafíos en las tres etapas de la prevención en la salud pública Así en cuanto a prevención primaria cabe lograr que se evite la enfermedad. A nivel ejemplar, cabe potenciar la atención primaria para que el paciente no tenga que ir al hospital a hacerse algún examen, por lo que el tema no es solamente inyectar dinero al sistema, sino trabajar en el mejoramiento de la gestión.

En cuanto a prevención secundaria se debe intervenir en la evolución natural de la enfermedad. Cuando se ha producido la enfermedad, el paciente debe ser bien atendido para que no se agrave

Finalmente, en cuanto a prevención terciaria, se debe mejorar la calidad y esperanza de vida. Chile en este momento es un país envejecido, la vieja pirámide de la población ahora es un rectángulo, lo que importa una carga enorme para la seguridad social, puesto el alto gasto de bolsillo en que incurren los adultos mayores al padecer de dos a cuatro enfermedades de modo crónico.

Sobre modelos de financiamiento del sistema, recordó las palabras de Rawls en su teoría de la justicia social, relativas a que ‘luego, puesto que el cuidado sanitario es un bien de especial importancia -un derecho humano- que

contribuye a alcanzar la igualdad de oportunidades y capacidades, existe la obligación de proveer a todos de servicios médicos apropiados sobre la base de sus necesidades y no sobre sus habilidades de pago'. Teniendo eso presente, el enfermo debe recibir la atención en base a sus necesidades y no en base a su capacidad de pago, y ese es el desafío a lograr, pues es parte de la justicia social. Lo anterior, teniendo especialmente presente que los gastos en salud aumentan en forma logarítmica a medida que aumenta la edad del sujeto. Al respecto, mostró la siguiente gráfica, que da cuenta de un gasto elevado hasta los 7 años de edad, para luego descender y volver a crecer con fuerza a partir de los 57 años.

Fruto de lo anterior, es preciso recordar las cuatro orientaciones normativas de la Organización Mundial de la Salud: a) cobertura universal, donde no es bueno seguir postergando la discusión, b) servicios centrados en las personas, debiendo hacerse cargo de la crítica social a la formación médica y de los médicos, pues todas las encuestas informan que en la valoración de los equipos de salud los usuarios les otorgan una nota 4, c) políticas públicas saludables, y d) liderazgo. Dichas orientaciones sirven para entender y guiar la discusión del proyecto de ley.

A su juicio, esta iniciativa legal la entiende como la creación de un nuevo Fonasa, en respuesta a la demanda por mejor salud mediante la creación del plan de salud universal con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera, centrándose en la implementación de un modelo de atención basado en la creación de una red de prestadores definida por Fonasa y que es, sustancialmente, la red del sistema nacional de servicios de salud (SNSS), pudiendo complementarse a través de convenios suscritos entre Fonasa y otros prestadores, otorgando un nuevo rol para Fonasa, convirtiéndolo en el seguro público de salud, de manera de asegurar el otorgamiento del PSU en la red de prestadores definida.

Al respecto, estimó que la creación del seguro catastrófico es un gran avance y una buena iniciativa. Sin embargo, la reforma de Fonasa debe estar focalizada en convertirlo en un administrador público de la seguridad social en salud, es decir, un seguro público fuerte y eficiente, lo que implica a lo menos, disponer un sistema de gobernanza de Fonasa que garantice su independencia del gobierno de turno, de manera de darle independencia y autonomía a su gestión, garantizando un espacio de gobierno y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso. Asimismo, que tenga la fuerza para ejercer su rol, principalmente frente al sistema público prestador (SNSS), y que Fonasa avance hacia el establecimiento de un plan universal de salud que en un plazo definido por la ley, no superior a cinco años, pueda igualar al de las isapre.

En cuanto a las nuevas competencias de Fonasa estimó que el objetivo debe ser que esa institución 'ponga el foco en sus beneficiarios', y los recursos físicos que utilice los oriente a obtener los mejores servicios y en la mejor oportunidad para sus afiliados, y no en financiar la oferta pública de servicios a cualquier costo y con bajos niveles de calidad, dotándola de la capacidad organizacional, técnica y tecnológica para que pueda ejercer su rol de seguro público en todo el país, y con suficiente flexibilidad para sus diversos niveles de

cobertura, cuestión que evitaría migraciones de beneficiarios a isapre cuando ellas se reformen.

Como aspectos centrales del proyecto, también, destacó la reforma a la modalidad de libre elección, para entregar complementariedad a las prestaciones del plan de salud universal y mecanismos de control, y una forma de incorporar prestadores. Disponer de un seguro de medicamentos ambulatorios cuya finalidad será contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la canasta de medicamentos del seguro para los beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo, es positivo.

Sobre el último punto, refirió el estudio 'Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares según EPF VII y VIII', del Ministerio de Salud de noviembre de 2019, el que determina un gasto por hogar mensual para 2017 de $ 25.705 en productos farmacéuticos. Al respecto, destacó que si se consideran 3 personas por hogar, se llega a un gasto por persona de $ 8.292 mensual, y si se consideran 14 millones de beneficiarios en Fonasa, da un gasto de $ 116 mil millones mensuales, lo cual multiplicado por 12 meses al año importa un gasto de bolsillo anual en productos farmacéuticos de los beneficiarios de Fonasa de $ 1,4 billones, por lo que los $17,7 mil millones de la ley cubrirían sólo el 1,3% del gasto de bolsillo en medicamentos de las familias más pobres del país.

En tal sentido, estimó claro que no existe correspondencia entre el discurso que acompaña el proyecto de ley y el esfuerzo que el gobierno actual está dispuesto a hacer. Por ello, recomendó corregir esa situación definiendo una metodología e institucionalidad de definición y cálculo del PSU y sus principales componentes, como la cobertura de medicamentos, para así poder continuar esta tramitación legal.

Finalmente, destacó la importancia de la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETESA), cuestión que debe ser realizada de forma independiente para la determinación de incluir nuevos prestadores, procedimientos, medicamentos, equipamientos, etc., en las prestaciones de salud, las que siempre deben previamente ser sometidas al análisis científico, a fin de contener los costos en salud. Si bien se podría estimar que la Superintendencia de Salud podría cumplir ese rol, es crítico del hecho que no percibe un rol de la Superintendencia en esta materia.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas por la Comisión, señaló que se deben revisar las políticas de personal existentes en materia médica en el sector público. En tal sentido, deben eliminarse los contratos por 11 horas, pues quien presta servicios en esa modalidad, aunque opere mucha gente, no es conveniente en el largo plazo para la institución. De igual manera, la existencia de sociedades médicas es una cuestión que debe ser revisada e incluso, terminarse con esa modalidad de contratación, pues hasta termina siendo un mal ejemplo para los estudiantes de medicina.

En cuanto a la gestión financiera, consideró que la deuda se basa en que las prestaciones valoradas no reflejan el costo real de las prestaciones, lo que importa que el hospital que más trabaja termina recibiendo menos recursos. Si ello

se corrige, se puede avanzar en el uso a horario completo de los establecimientos de salud, lo que redunda en un mayor beneficio hacia la población. Además, estimó que el país tiene las capacidades para ofrecer atractivas ofertas de trabajo a los profesionales del sector salud, que permitan tener profesionales de jornada completa al servicio de los establecimientos, incluyendo en el espectro de profesionales a los dentistas, químicos farmacéuticos y otros.

Ahondando en materia de financiamiento, manifestó que comparte la pertinencia de crear un fondo único de salud, considerando también un fondo de compensación para una adecuada integración entre el sector asegurador público y privado a fin de permitir que las personas puedan elegir realmente, y que si el asegurador público recibe a los más riesgosos, sea compensado por ello.

En cuanto a los sistemas de dirección y su elección por Alta Dirección Pública, estimó que las direcciones de los servicios pueden abrirse a profesionales no médicos, pero sí ligados al ámbito de la salud, en tanto cuenten con estudios pertinentes al caso, tales como gestión o administración en salud pública. Pero lo principal es que quienes resulten elegidos a través de esos procedimientos permanezcan en sus puestos por sobre los gobiernos de turno.

Finalmente, si bien señaló compartir el criterio de igual pago por la prestación en el sistema público y en el privado, entiende que esa complementariedad es necesaria y para ello resultan pertinente los criterios de priorización. Al respecto, estimó que impedir esa complementariedad dificulta la labor de los servicios de salud, pues qué otra cosa puede hacer un director de Servicio que tiene un paciente que se está muriendo en un hospital que no tiene ventilación de alta frecuencia, sino trasladarlo a un establecimiento privado que cuente con tal equipamiento. En tal sentido, dada esa realidad, lo central es que los convenios esten bien hechos, y que la Superintendencia de Salud tenga mayor capacidad de fiscalización.

14) Presidente de la Fundación Equidad Chile, señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

Comenzó destacando el trabajo desarrollado por los profesionales de la salud primaria en las actuales circunstancias, logrando la vacunación por influenza de más de 6.000 personas de alto riesgo en los últimos días.

Abocándose al proyecto de ley, estimó que se trata de una problematica histórica: la existencia de necesidades ilimitadas frente a recursos limitados. Así, el 80% de la población que se atiende mediante Fonasa, con una cantidad importante de necesidades en prevención y promoción, frente a los recursos limitados de ese sistema para abordar una cantidad exuberante de prestaciones.

Analizando desde una mirada económica, destacó que se persigue aumentar el poder para negociar precios mediante la licitación centralizada de prestaciones, disminuir lo que se paga por cada prestación, cuestión tradicionalmente lograda a través del arancel de referencia subvalorado en el sector público o regulando los precios en el sector privado, y disminuir las

prestaciones a cubrir, aspecto que en el proyecto se traduce en la creación del plan de salud universal.

En cuanto a la licitación centralizada de prestaciones, compartió las críticas formuladas por otras organizaciones relativas a que el proyecto desarticula la red asistencial que se ha construido con los años, al traspasar la función de armar las redes desde los servicios de salud a Fonasa. Asimismo, disminuye la capacidad de gestión de los hospitales para resolver los problemas de su población, y abre la puerta a que Fonasa también pueda licitar atenciones de nivel primario de salud. Lo anterior importa perder una oportunidad de trabajo en conjunto, pues es propio de los servicios de salud articular la red de prestadores secundarios y los de atención primaria.

De igual manera, ante un manejo centralizado de licitaciones cabía tener presente la experiencia de la Cenabast, entidad que muestra bajas tasas de cumplimiento. Sobre el particular, hizo presente que a febrero de 2020, de 196.068 pedidos de distribución solicitados a Cenabast, sólo 148.377 fueron realizados exitosamente, lo que importa un 75,7%. Por ello, finalmente entidades públicas tienen que intermediar o licitar sus requerimientos, y las corporaciones municipales derechamente compran sin la intermediación de Cenabast.

Asimismo, esa experiencia da cuenta de la generación de riesgos en cuanto a facilitar el comportamiento colusivo entre los actores del sistema. La confianza en el mundo empresarial en general, y en particular en el de salud, se ha perdido, y para muestra refirió que en enero pasado la Corte Suprema condenó a los laboratorios Sanderson y Fresenius por coludirse en licitaciones públicas de medicamentos gestionados por Cenabast para la adquisición de ampollas, por lo que fueron sancionados con una multa de US$15 millones.

Con relación al objetivo de disminuir lo que se paga por cada prestación, refirió un estudio de Cid y Bastías de 2014, que da cuenta que del costo real de una prestación, el arancel de referencia logra cubrir sólo el 56% de su valor, lo que termina generando déficit en el sistema público de salud. En cambio, cuando licita a favor del sector privado, la prestación otorgada se paga contemplando márgenes de utilidad a favor del prestador, lo que importa un trato diferenciado desde el Estado hacia los prestadores públicos y privados toda vez que el prestador público es quien se hace cargo de la población de mayor riesgo.

Abocándose específicamente al plan de salud universal, consideró que se persigue limitar las prestaciones a fin que alcance el dinero con el que se cuenta para prestaciones, en vez de limitar el lucro y que el dinero con el que se cuenta alcance para más prestaciones. Al respecto, estimó que parte del descontento social y que en su conjunto ha generado indignación se refiere a esta materia, pues mientras se crea un plan no se es capaz de limitar el derecho de propiedad y el lucro en el sector privado.

Frente a ello, el dilema es elegir entre aumentar el poder del Estado para negociar con privados obteniendo mejores condiciones o precios, o aumentar el poder del Estado para regular a los privados generando bandas o fijaciones de precios, divergencia con claras implicancias políticas.

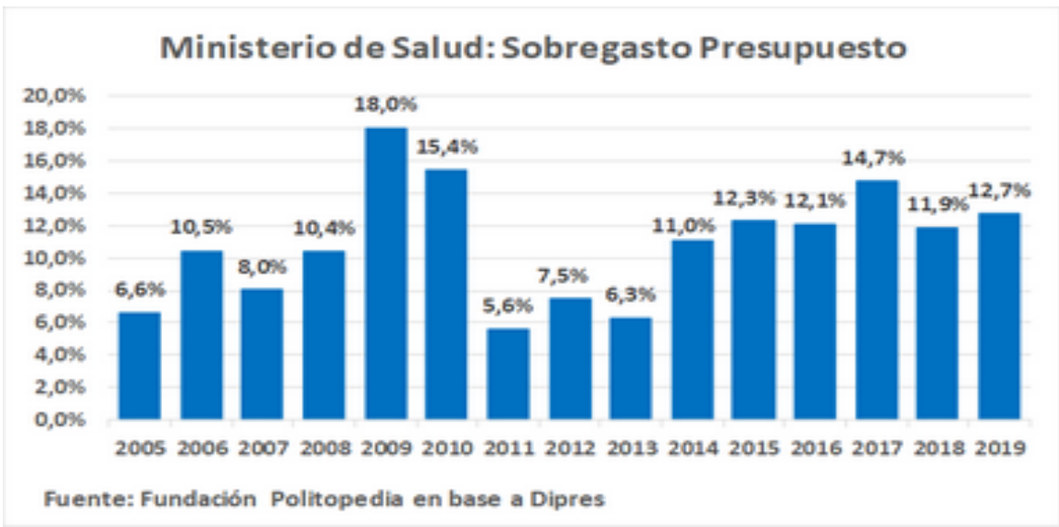
Sobre el particular, recordó la situación del medicamento Sofosbuvir en 2018, cuyo laboratorio ante el anuncio de disponerse una licencia obligatoria a fin de bajar su precio, instó a celebrar negociaciones a fin de lograr el mismo objetivo para el Estado. Esa situación sólo es posible si el Estado cuenta con herramientas eficientes para regular al sector privado. Si bien el país se encuentra frente al debate de una nueva Constitución, oportunidad en que se perseguirá consagrar la salud como un derecho, en la actualidad ya existe una importante judicialización a través de los recursos de protecciones ante las Cortes, por lo que es necesario fortalecer un sistema público que no es autosuficiente, y regular los precios del sector privado en todo tipo de prestaciones.

En cuanto a la regulación de precios, estimó que si bien hubo oposición a ella durante la discusión del proyecto de ley fármacos II (boletín N°9.914-11), es plausible estimar que después del estallido social están dadas las condiciones para avanzar en tal sentido.

15) Directora Ejecutiva de la Fundación Politopedia, señora Victoria Beaumont Hewitt.

Luego de referir las materias que comprende el proyecto de ley, se abocó a una de las críticas que se ha hecho a este proyecto, cual es, que se transforma en un mecanismo de mayor traspaso de fondos al sector privado de salud.

Al respecto, si bien el proyecto considera incorporar a los prestadores privados como complemento de la red de salud con criterios de contención de costos, el compromiso de financiamiento con los prestadores públicos es comprometer la compra de la totalidad de la capacidad de servicios más los aportes de la Ley de Presupuestos en la parte del gasto que no sea financiada a través de ella. En tal sentido, cabe destacar que se definen precios máximos para los prestadores no pertenecientes a la red pública. Sin embargo, la realidad del presupuesto de salud es un déficit o sobregasto presupuestario, que a 2019 ascendió a 12,7%, cuestión permanente a través de los años, según dio cuenta en el siguiente gráfico:



Sobre el particular, destacó que el origen de ese déficit está en presupuestos que no son realistas, pues el presupuesto del Ministerio de Salud es incluso inferior que el del gasto del año anterior, el presupuesto 2020 es un 3,0% menor a lo gastado en 2019, y eso es posible porque se ha vuelto práctica que el Ministerio de Hacienda, pues cada año inyecta nuevos recursos al sector salud, y es esa 'bicicleta' presupuestaria la que genera que no se pueda costear cada una de las prestaciones otorgadas en el sistema público de salud.

En cuanto al cambio a la modalidad de libre elección, refirió que en la situación actual, Fonasa es pasivo con respecto a esa modalidad, limitando su rol a fijar el arancel y pagar las prestaciones otorgadas. Como contraparte los beneficiarios deben enfrentar copagos, en algunos casos elevados sin mayor protección financiera. Sobre esa materia, observó que el proyecto de ley permite a Fonasa seleccionar los prestadores y prestaciones en función del cumplimiento de los objetivos sanitarios del plan de salud universal. Así, aunque la bonificación no cambia sustancialmente, los beneficiarios a través del seguro de salud clase media acotan los valores máximos a pagar.

Así, mientras las prestaciones se pagan de acuerdo a un arancel deficitario, por lo que parte del gasto debe suplementarse por Ley de Presupuestos, no se favorece la responsabilidad financiera y genera deuda hospitalaria, ni se incentiva la productividad generando listas de espera. En cambio, con el proyecto de ley Fonasa progresivamente debe ajustar los mecanismos de pago a costos reales eficientes para paulatinamente reducir los aportes complementarios. Lo anterior debería reducir los incentivos al endeudamiento e incrementar la productividad reduciendo las listas de espera.

Como desafíos a abordar está el relativo a la transparencia y los mecanismos de licitaciones y precios convenidos. Ello, pues diversos factores inciden en una red pública y que impiden resolver adecuadamente los requerimientos de la población. Así, es fundamental que los mecanismos de pago sean realistas para garantizar la responsabilidad financiera y el cumplimiento de metas de productividad que permitan entregar las prestaciones con oportunidad.

A su vez, dada la propuesta de centralizar las compras a privados en Fonasa, derivando dentro de la red pública los excesos de demanda, y sólo cuando esto no es posible a prestadores privados, el proyecto lejos de privatizar la salud racionaliza la derivación a privados en lo estrictamente necesario. Con todo, si bien se propone en cuanto a los precios que estos deban ser a lo más los pagados a los prestadores públicos, Fonasa se reserva poder, en casos justificados, de licitar a precios de mercado, y ello debe ser atendido para lograr un precio de equilibrio tal que no genere desincentivos a la participación de privados, participación que resulta necesaria.

Finalmente, es necesario reforzar la transparencia y buenas prácticas de gobierno, siendo fundamental que existan mecanismos de transparencia para toda la gestión de la red de Fonasa, especialmente, que las licitaciones y contratos a privados estén a la vista y para el escrutinio de la ciudadanía. En tal sentido, un Consejo Consultivo no será suficiente.

- **Votación general del proyecto.**

Sometido a votación general el proyecto e ley, fue rechazado por mayoría absoluta (7 votos en contra, 6 a favor).

Votron en contra los diputados Castro, Ricardo Celis (Presidente), Crispi, Ibáñez, Labra, Rosas y Torres (en reemplazo del diputado Verdessi).

Votaron a favor la diputadas y los diputados Bellolio, Andrés Celis, Durán, Gahona, Macaya, Ossandón.

Durante la votación, **quienes votaron a favor estimaron** pertinente avanzar en esta materia, pues resulta necesario para la ciudadanía y otorga instrumentos valiosos, tales como fortalecer el rol de Fonasa en la definición de los precios de las prestaciones, cuestiones que se pueden lograr mediante la nueva centralización de licitaciones. Además, durante la discusión particular podrán discutirse las mejoras que se estimen oportunas y por más que se quiera soluciones inmediatas, las mismas requieren tiempo para su implementación, tiempo del que carecen las personas que padecen dichos problemas y las pueden ver solucionadas, en parte, gracias a este proyecto.

Por su parte, **quienes votaron en contra manifestaron** que a pesar de tener disposición para mejorar el proyecto de ley acogiendo algunas de las inquietudes dadas a conocer por los expositores, sobre todo en aquellas materias no abordadas por el proyecto, no ha habido suficiente interlocución con los equipos ministeriales, lo que impide avanzar. En particular, manifestaron que falta avanzar en aspectos concretos de término de listas de espera, mayor financiamiento, deuda hospitalaria, concretizar cuáles serán las enfermedades cubiertas por el plan de salud universal, ahondar en el cierre de brechas y en el problema de destinar recursos al sector privado que está integrado con el mercado asegurador privado. Lo anterior, sin perjuicio de reconocer algunos instrumentos valiosos que contiene, tales como la propuesta de un seguro único, igualación de precios de las prestaciones entre el sector público y el privado, y una mayor flexibilización en la relación entre los diversos servicios de salud, cuestión que actualmente por temas burocráticos, no es fácil de lograr.

* * * * * * * *

b) <u>Discusión particular</u>.

No hubo, atendido que fue rechazada su idea de legislar.

****

EL SIGUIENTE ES EL TEXTO DEL

PROYECTO DE LEY PROPUESTO EN EL MENSAJE

Artículo 1°.- Modifícase el decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud, del siguiente modo:

1. Suprímase, en el inciso primero del artículo 17, la siguiente expresión: “y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley”.

2. Modifícase el inciso segundo del artículo 18, de la siguiente manera:

a) Reemplázase la expresión “o tengan convenios con éstos” por la siguiente: “o tengan convenios con Fonasa”.

b) Reemplázase la frase “aportes financieros por tipo de población” por la siguiente “mecanismos de aportes financieros.”.

c) Reemplázase el punto aparte por un punto y coma, y agrégase la siguiente oración: “o por Fonasa en el caso de los establecimientos con convenio con éste, en lo que diga relación con el Plan de Salud Universal.”.

3. Modifícase el artículo 23 de la siguiente manera:

a) Incorpórase en su literal e) a continuación de la conjunción “y” y la palabra “proponer”, la frase “, en lo que no tenga relación con el Plan de Salud Universal”.

b) Incorpórase en su literal f) a continuación de la frase “los establecimientos,” y antes de “de acuerdo”, la frase “en lo que no tenga relación con el Plan de Salud Universal,”.

c) Derógase la letra i.

4. Modifícase el artículo 29 del siguiente modo:

a) Sustitúyase la letra a) por la siguiente:

“a) Con los pagos que efectúe Fonasa por los servicios que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta ley, en el marco del Plan de Salud Universal. En este caso, Fonasa pagará el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y comprometerá la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público realice;”.

b) Intercálase, a continuación de la letra b), la siguiente letra c), nueva, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

“c) Con los aportes que se consulten en la Ley Presupuestos del Sector Público de cada año;”.

5. Modifícase el inciso primero del artículo 36 del siguiente modo:

a) Reemplázase el párrafo primero del literal g) por el siguiente:

“Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, que no sean propias o habituales del Establecimiento. En ningún caso podrá contratar uno o algunos de los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal.”.

b) Derógase la letra j).

c) Derógase el párrafo segundo de la letra k).

d) Sustitúyase a letra n) por la siguiente:

“n) Celebrar convenios con Fonasa por los servicios que se otorguen en el marco del Plan de Salud Universal.”.

e) Intercálase en la letra ñ) a continuación de la palabra “prestaciones” lo siguiente: “, no contempladas en los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal, en la medida que existan los recursos disponibles.”.

f) Derógase la letra v).

6. Modifícase el artículo 42 de la siguiente forma:

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

“a) Con aquellos pagos que le efectúe Fonasa por los servicios que otorgue a los beneficiarios del Libro II de esta ley, en el marco del Plan de Salud Universal. En este caso, Fonasa pagará el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y comprometerá la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público realice;”.

b) Derógase la letra b).

7. Modifícase el artículo 49 de la siguiente manera:

a) Reemplázase en el inciso primero la frase “el Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fondo, que será” por “el Fonasa, que será el Seguro Nacional de Salud,”.

b) Agrégase en el inciso primero, a continuación del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración: “Estará sujeto a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.”.

c) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“Fonasa tendrá por objeto asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan.”.

d) Reemplázase en el inciso tercero, las palabras “Fondo Nacional de Salud” por “Fonasa”.

8. Modifícase el artículo 50 del siguiente modo:

a) Sustitúyase, la expresión “Fondo” o “Fondo Nacional de Salud”, todas las veces que aparece, por “Fonasa”.

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra b), nueva, pasando la actual letra b) a ser letra c):

“b) Asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios.”.

c) Reemplázase la actual letra b), que ha pasado a ser letra c), por la siguiente:

“c) Establecer, en la forma que señale el reglamento, la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal.

En el ejercicio de esta facultad, Fonasa utilizará los servicios de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

De no tener oferta suficiente para alguno o algunos de los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o de no contar con la oferta geográfica requerida, podrá contratarlos con otros prestadores tales como universitarios, institucionales de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, sin fines de lucro u otros, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo establecido en el artículo 54 Ay en conformidad a las disposiciones de la ley N° 19.886.”.

d) Sustitúyase la actual letra c), que ha pasado a ser letra d), por la siguiente:

“d) Determinar, mediante resolución, los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el Plan de Salud Universal, y definir los métodos de pago o transferencia.

Previo a la dictación de la resolución a que se refiere este literal, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda deberá pronunciarse fundadamente en un plazo máximo de 10 días.

En el ejercicio de esta facultad, Fonasa estará facultado para pactar, excepcionalmente, distintos precios de compra de un mismo servicio, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo establecido en el artículo 54 A.

En el caso de las acciones de atención primaria contempladas en el Plan de Salud Universal, Fonasa financiará dichas acciones a través de los mecanismos establecidos en el artículo 49 de la ley Nº 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal.”.

e) Intercálase, a continuación de la letra c) que ha pasado a ser letra d), las siguientes letras e), f), g), h) e i), nuevas, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

“e) Fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal a que tienen derecho sus beneficiarios. La fiscalización se hará de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 148 R y siguientes de esta ley.

f) Sancionar las infracciones a las normas que rijan el Plan de Salud Universal y a las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a su potestad normativa. Las sanciones se aplicarán en conformidad a lo dispuesto en la Sección 5 del Párrafo 2º del Capítulo 2 del Libro II de esta ley.

g) Ordenar la devolución del pago o no pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas, por los prestadores, por atenciones, soluciones de salud, medicamentos o insumos no otorgados, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido Plan.

h) Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a los beneficiarios y entidades fiscalizadas;

i) Dictar las normas técnico administrativas para la aplicación del Plan de Salud Universal;

f) Sustitúyase la actual letra g), que ha pasado a ser letra m), por la siguiente:

“m) Tratar todo tipo de datos personales, incluyendo los datos personales sensibles, de perfil biológico humano o de salud con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

Para los efectos previstos en esta letra, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Especialmente, podrá requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, tales como ficha clínica, facturación, diagnóstico o tratamiento, entre otras.

Toda persona que, en el ejercicio de su cargo, tenga acceso a esta información, deberá guardar reserva y confidencialidad respecto de la misma y abstenerse de usarla con una finalidad distinta de la que corresponda a sus funciones, debiendo dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, en lo referente al tratamiento de datos personales;”.

g) Incorpórase una letra o), nueva, del siguiente tenor:

“o) Establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa, en la forma que señala el artículo 144 de la presente ley.”.

9. Sustitúyase el inciso segundo del artículo 52, por el siguiente:

“El Director será el jefe superior de Fonasa y, a su vez, el Presidente del Consejo Directivo a que se refiere el Título III de este Capítulo, y tendrá su representación judicial y extrajudicial.”.

10. Agrégase, en el Capítulo III del Libro I, los siguientes Títulos III y IV, nuevos, pasando el actual Título III, a ser Título V:

“TÍTULO III

Del Consejo Directivo de Fonasa

Artículo 54 A. Creación y composición del Consejo Directivo. - Establécese en la estructura interna de Fonasa un Consejo Directivo, el que estará compuesto por 5 miembros, uno de los cuales será el Director de Fonasa.

El Director de Fonasa será el Presidente del Consejo Directivo.

Los restantes cuatro miembros serán nombrados por el Presidente de la República y seleccionados conforme al párrafo 3 del Título VI de la ley N° 19.882. Estos 4 consejeros deberán cumplir, al menos, con los siguientes requisitos:

1. Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la salud y haber ejercido cargos públicos o privados relacionados con el área de la salud.

2. Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la economía, seguros o finanzas, y haber ejercido cargos públicos o privados de gestión relacionados con el área de la salud, de seguros de salud, o prestadora de servicios de salud.

En la conformación del Consejo deberán estar representados ambos géneros.

Los miembros del Consejo Directivo, a excepción del Presidente del Consejo, durarán seis años en sus cargos y se elegirán por pares, alternadamente cada tres años, no pudiendo ser designados inmediatamente por un nuevo período.

Artículo 54 B. Dieta del Consejo Directivo. - Los integrantes del Consejo, excluido el Director de Fonasa, percibirán una dieta en pesos equivalente a 12 unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de 72 unidades de fomento por cada mes calendario.

Artículo 54 C. Declaración de patrimonio e intereses. - Los consejeros estarán obligados a realizar las declaraciones de patrimonio e intereses a que se refiere el título II de la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses.

Artículo 54 D. Funciones del Consejo Directivo. - Al Consejo Directivo le corresponderán las siguientes funciones:

a) Aprobar los criterios para la selección de los prestadores que serán parte de la red y que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud velando por un procedimiento que asegure transparencia, calidad en los servicios, y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

b) Proponer los precios de compra o asignaciones de transferencia de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal.

c) Velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, calidad, eficiencia y transparencia, establecidos en el Plan de Salud Universal.

d) Pronunciarse sobre el anteproyecto de presupuesto anual de Fonasa a presentar al Ministerio de Hacienda para su aprobación y tramitación en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que le someta a su consideración el Director.

e) Pronunciarse sobre los estados financieros trimestrales y anuales de Fonasa que deberá presentarle el Director de Fonasa.

f) Proponer al Director las medidas que juzgue necesarias para el mejor funcionamiento del Plan de Salud Universal y absolver las consultas que le realice el Director de Fonasa.

g) Evaluar el funcionamiento del Plan de Salud Universal y establecer recomendaciones, las cuales podrán ser remitidas al Ministro de Salud.

h) Conocer y proponer recomendaciones sobre los planes institucionales de Fonasa. Para tal efecto, el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por Fonasa durante el año.

i) Pronunciarse sobre los mecanismos de compra y pago a los prestadores.

j) Las demás funciones y atribuciones que le confiera la ley y los reglamentos.

Para el ejercicio de estas funciones, el Director de Fonasa deberá proponer las materias indicadas que se someten a decisión del Consejo Directivo, el cual deberá pronunciarse, aprobando o rechazando, en el plazo máximo de diez días corridos, el cual podrá prorrogarse por una sola vez. Vencido este plazo sin que exista pronunciamiento se entenderá aprobada la propuesta del Director de Fonasa.

Artículo 54 E. Funcionamiento del Consejo Directivo.- El Consejo Directivo elegirá de entre sus miembros un vicepresidente, quien tendrá por única función reemplazar al Presidente en caso de que este último se ausente o esté imposibilitado de asistir al consejo.

El Consejo Directivo contará con un Secretario Ejecutivo que será responsable de las actas de sesiones, el que será provisto por el Director a proposición del Consejo.

El Consejo Directivo sesionará con la asistencia de al menos tres de sus miembros, debiendo adoptar sus acuerdos con el voto favorable de tres de los asistentes.

Fonasa proporcionará al Consejo el apoyo administrativo y técnico que sea necesario para el cumplimiento de sus funciones.

El presupuesto de Fonasa deberá considerar recursos suficientes para que el Consejo Directivo pueda encargar estudios o informes que estime necesarios.

Fonasa deberá mantener a disposición permanente del público, a través de sus sitios web electrónicos, los acuerdos, y todo otro acto realizado en el cumplimiento de sus funciones.

Un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud, previa propuesta del Consejo Directivo, establecerá las normas de funcionamiento del Consejo.

Artículo 54 F. Cesación de funciones.- Los miembros del Consejo Directivo, con excepción del Director de Fonasa, serán inamovibles. Sólo podrán cesar en sus funciones por alguna de las siguientes causales:

1.- Expiración del plazo por el que fue nombrado.

2.- Renuncia aceptada por el Presidente de la República.

3.- Incapacidad síquica o física para el desempeño del cargo.

4.- Falta grave en el cumplimiento de sus obligaciones como Consejero, en conformidad con lo establecido en el artículo 54 H.

5.- Sobreviniencia de alguna de las situaciones de incompatibilidades indicadas en el artículo 54 G.

Respecto de las causales de los números 3 y 4, el Presidente de la República calificará su concurrencia, previa propuesta de forma unánime por los otros Consejeros, y decretará el cese de las funciones, procediéndose a la designación de un nuevo consejero. La designación estará sujeta al mismo

procedimiento dispuesto en el artículo 54 A. En el caso en que el tiempo restante de nombramiento fuere menor a un año contado desde el cese, el Presidente de la República podrá nombrar un nuevo consejero directamente. El consejero designado conforme a este artículo durará por el periodo que le hubiese restado al consejero que reemplazó.

Artículo 54 G. Incompatibilidades e inhabilidades. - El desempeño de las labores de consejero será compatible con el ejercicio profesional y labores académicas.

Sin perjuicio de lo anterior, el cargo de consejero será incompatible con cargos de elección popular. Esta incompatibilidad regirá desde la inscripción de las candidaturas, mientras ejerza dicho cargo, y hasta cumplidos seis meses desde la fecha de la respectiva elección o cesación en el cargo, según correspondiere.

El cargo de consejero también será incompatible con el ejercicio profesional de cargos directivos de un prestador de salud, de una Institución de Salud Previsional o sus empresas relacionadas, en conformidad con lo establecido en el artículo 100 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

No podrán ser designados consejeros los miembros del Tribunal Constitucional, los Ministros de la Corte Suprema, consejeros del Banco Central, el Fiscal Nacional del Ministerio Público, ni las personas que conforman el alto mando de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

Los cargos de consejeros son incompatibles con los de ministros de Estado, subsecretarios, delegado presidencial regional y provincial; miembros del Escalafón Primario del Poder Judicial; secretario y relator del Tribunal Constitucional; fiscales del Ministerio Público; miembros del Tribunal Calificador de Elecciones y su secretario-relator; miembros de los tribunales electorales regionales, sus suplentes y sus secretarios-relatores; miembros de los demás tribunales creados por ley; funcionarios de la Administración del Estado, y miembros de los órganos de dirección de los Partidos Políticos.

No podrán desempeñarse como miembros del Consejo las personas que hubieren sido condenadas por delito que merezca pena aflictiva o inhabilitación perpetua para desempeñar cargos u oficios públicos, por delitos de prevaricación, cohecho y, en general, aquellos cometidos en ejercicio de la función pública, delitos tributarios, delitos contemplados en la ley Nº 18.045, de Mercado de Valores y, en general, por delitos contra la fe pública.

Los consejeros deberán abstenerse de participar y votar cuando se traten materias o se resuelvan asuntos en que puedan tener interés. Además, deberán informar al Consejo el conflicto de intereses que les afecta de conformidad a lo establecido en el reglamento.

Artículo 54 H. Faltas graves. – Se considerarán faltas graves en el cumplimiento de sus obligaciones como consejeros, las siguientes:

a. La inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas, o a seis sesiones durante un semestre calendario.

b. Haber incluido datos inexactos, o haber omitido información relevante en su declaración de patrimonio e intereses.

c. Haber intervenido o votado en acuerdos que incidan en operaciones en las que él, su cónyuge, conviviente civil o sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad, inclusive, tengan un interés de carácter patrimonial.

TÍTULO IV
Del Consejo Consultivo

Artículo 54 I. Consejo Consultivo.- Existirá un Consejo Consultivo, en adelante el Consejo Consultivo, que estará compuesto por 10 miembros, cuyo nombramiento se efectuará por el Director y su objeto será asesorar al Consejo Directivo de Fonasa en las siguientes materias:

a) En el análisis y evaluación del Plan de Salud Universal.

b) En el análisis y evaluación de la garantía de acceso y calidad contemplado en el Plan de Salud Universal.

c) En la evaluación de los planes institucionales de Fonasa. En el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por Fonasa durante el año.

d) En las demás materias en que el Consejo Directivo requiera su opinión y que sean de competencia de éste.

Los análisis, evaluaciones y opiniones que emita el Consejo Consultivo no serán vinculantes para el Consejo Directivo, pero éste estará obligado a emitir informes fundados que se hagan cargo de ellos.

Los miembros del Consejo Consultivo estarán afectos a las mismas causales de remoción e inhabilidad que los miembros del Consejo Directivo, conforme a lo dispuesto en los artículos 54 F, 54 G y 54 H de esta ley.

Asimismo, al momento de asumir su encargo deberán presentar una declaración de intereses que contenga la individualización de las actividades profesionales, laborales, económicas, gremiales o de beneficencia, sean o no remuneradas, que realice o en que participe.

Artículo 54 J. Gastos y nombramiento.- Los miembros del Consejo Consultivo no percibirán remuneración alguna por su desempeño, y permanecerán en sus cargos por un período de tres años, y su designación no podrá renovarse para el período que le siga inmediatamente.

Sin perjuicio de lo anterior, Fonasa deberá hacerse cargo del traslado y estadía de aquellos miembros del Consejo Consultivo que deban desplazarse desde otra región al lugar en que se desarrolle la sesión respectiva, en todo caso el gasto que irrogue esta obligación, no podrá ser superior al viático equivalente al grado 5 de la EUS.

Artículo 54 K. Reglamento del Consejo Consultivo.- Un reglamento, expedido por el Ministerio de Salud, determinará las siguientes materias:

a) Procedimientos de designación de los miembros del Consejo Consultivo.

b) Integración paritaria de representantes de beneficiarios de Fonasa, de gremios de la salud y prestadores institucionales, públicos y privados.

c) Quórums para sesionar y adoptar acuerdos, así como la forma en que se elegirá a la persona que presida el Consejo Consultivo.

d) Periodicidad de las sesiones y la forma en que se citarán.

e) Toda otra materia que se requiera para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo y su funcionamiento considerando los principios de participación social, probidad, independencia, ética y transparencia.”.

11. Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 107, la frase “Garantías Explícitas en Salud”, por “Plan de Salud Universal y”.

12. Reemplázase el epígrafe del Párrafo 2º, del Título III, del Capítulo VII, del Libro I, por el siguiente:
“De la Supervigilancia y Control del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa, de las Garantías Explícitas en Salud y del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo”.

13. Modifícase el artículo 115 del siguiente modo:

a.- En el encabezado del inciso primero, intercálase entre “control” y “de las Garantías”, la expresión: “del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

b.- En el numeral 1, intercálase entre “otorgamiento” y “de las Garantías”, la expresión: “del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

c.- En el numeral 2 intercálase entre “establecen” y “las Garantías”, la expresión: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

d.- En el numeral 4, sustitúyase el punto y coma por un punto seguido, y agrégase lo siguiente: “La misma atribución tendrá respecto de los convenios que celebren los prestadores con Fonasa en relación con el Plan de Salud Universal;”.

e.- En el numeral 6, intercálase entre las palabras “imponen” y “las referidas garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

f.- En el numeral 8, intercálase entre las palabras “cumplimiento” y “de las Garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

g.- En el numeral 11, intercálase entre las palabras “en relación con” y “las Garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

14. Agrégase, en el inciso primero del artículo 116, a continuación de punto aparte que pasa a ser seguido, lo siguiente: “La misma obligación tendrá Fonasa respecto del Plan de Salud Universal que le corresponde asegurar.”.

15. En el artículo 136, intercálanse, a continuación de la letra e), las letras f) y g), nuevas, pasando las actuales letras f) y g) a ser h) e i), respectivamente:

“f) El conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil, en la forma establecida en la ley Nº 20.830.

g) El cónyuge que carezca de ingresos propios.”.

16. Sustitúyase el artículo 138 por el siguiente:

“Artículo 138.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal, el que contemplará, a lo menos, lo siguiente:

A) Examen de Medicina Preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.

B) Servicios Hospitalarios.

C) Servicios de Urgencias.

D) Maternidad y cuidado del recién nacido a que se refiere el artículo 139 de esta ley.

E) Medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios.

F) Servicios y dispositivos de rehabilitación.

G) Servicios de laboratorio e imagenología.

H) Servicios ambulatorios.

I) Servicios de cuidados paliativos

J) Servicios pediátricos

K) Las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley Nº 19.966.

L) Las demás que se establezcan en leyes especiales.

Sin perjuicio de las Garantías Explícitas de la ley Nº 19.966, el Plan de Salud Universal contendrá las condiciones de acceso, de calidad y, cuando corresponda, de oportunidad de los servicios.

El Plan de Salud Universal se fijará mediante un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, en los términos señalados en la Sección 2 del Párrafo 2º del Título II del Capítulo II del Libro II.”.

17. Reemplázase en el inciso tercero del artículo 139, la expresión “refiere la letra b) del” por la expresión “el”.

18. Modificase el artículo 141 de la siguiente manera:

a.- Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 141.- Los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal, se otorgarán por Fonasa, a través de la red de prestadores que este defina.”.

b.- Sustitúyanse en el inciso segundo las expresiones “Fondo Nacional de Salud” por “Fonasa” y “las prestaciones” por “los servicios”.

c.-Agrégase el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual inciso tercero a ser inciso cuarto:

“En el caso de prestadores que no formen parte de la red fijada por Fonasa, y no hayan celebrado un convenio con dicha Institución para la atención de situaciones de urgencia o emergencia, el valor de los servicios será el indicado en el Plan de Salud Universal. En dichos casos, el prestador no podrá cobrar diferencia alguna al paciente.”.

19. Incorpórase el siguiente artículo 141 ter, nuevo:

“Artículo 141 ter.- Para tener derecho a los servicios, protección financiera y condiciones de acceso, de calidad y, cuando corresponda, de oportunidad, del Plan de Salud Universal, los beneficiarios deberán recibir los servicios en la red de prestadores que haya definido Fonasa en la forma que establezca el reglamento.

En caso de retardo o insuficiencia del prestador definido para otorgar las atenciones y soluciones de salud, Fonasa dispondrá la atención del beneficiario, en conformidad al mecanismo establecido en el respectivo reglamento. En todo caso, lo dispuesto en este inciso no afectará la protección financiera a la que tiene derecho el beneficiario.”.

20. Sustitúyase el artículo 142 por el siguiente:

“Artículo 142.- Los beneficiarios que decidan atenderse fuera de la red de prestadores fijada por Fonasa no tendrán derecho a las garantías establecidas en el Plan de Salud Universal. Sin embargo, respecto de prestadores en convenio de modalidad libre elección, podrán tener la cobertura financiera que corresponda de acuerdo a lo establecido en el artículo siguiente.”.

21. Reemplázase el artículo 143 por el siguiente:

“Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar servicios de salud a los beneficiarios de Fonasa, en la modalidad de libre elección, deberán suscribir un convenio con dicha institución e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará Fonasa.

Tratándose de los establecimientos o las entidades asistenciales, de conformidad a las disposiciones de la ley 19.886, Fonasa determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad, entre los cuales se seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. Tratándose de profesionales de la salud bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, mediante resolución, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estos servicios serán retribuidos de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine Fonasa mediante resolución. La bonificación que efectúe la referida institución no excederá el 60% del valor de la bonificación que corresponda de acuerdo al artículo 161, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados, donde se podrán establecer coberturas mayores.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución. En este mismo decreto se podrán

establecer valores diferenciados de cobertura para los distintos servicios que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero del presente artículo.

Para estos efectos, Fonasa presentará, conjuntamente con la propuesta de decreto supremo un informe que justifique los porcentajes de bonificación propuestos y su impacto fiscal.

El decreto supremo que contenga la bonificación entrará en vigencia conjuntamente con la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos o en convenio quedan obligados a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los precios o valores del arancel correspondiente salvo que, para determinadas prestaciones, el decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor.

La modalidad de libre elección descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización de Fonasa. Para estos efectos tendrá todas las funciones descritas en el artículo 50.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicha Institución, mediante resolución fundada dictada de conformidad al procedimiento establecido en artículos 148 R y siguientes de la presente ley.

De las resoluciones que apliquen sanciones el afectado podrá recurrir, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Director de Fonasa. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción a Fonasa una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. Fonasa podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones que procedan Fonasa estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por servicios, prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso decimoprimero de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fonasa en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.”.

22. Reemplázase el artículo 144 por el siguiente:

“Artículo 144.- Los beneficiarios de Fonasa tendrán derecho a acceder a un seguro de medicamentos ambulatorios, el que se regirá por las siguientes reglas:

1.- Solo serán financiados por el seguro aquellos medicamentos de uso ambulatorio genéricos, esto es, aquellos registrados exclusivamente bajo una denominación común internacional, cuya condición de venta sea bajo receta médica.

2.- En ningún caso este seguro financiará medicamentos de marca.

3.- La canasta de medicamentos a ser cubiertos por el seguro será establecida por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de una resolución, a partir del monto destinado al financiamiento fijado por Fonasa y en base a estudios que consideren la situación de salud de la población, los objetivos sanitarios, la efectividad de los medicamentos, el gasto de bolsillo, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación de costo efectividad, así como el número potencial de beneficiarios y sus características socio demográficas.

4.- Mediante resolución, Fonasa determinará la protección financiera y la canasta de medicamentos cubiertos, previa visación de la Dirección de Presupuestos.

5.- La compra se efectuará a través de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud a requerimiento de Fonasa. En estos casos la Central no podrá cobrar comisión de intermediación.

6.- Fonasa contratará, en virtud de lo dispuesto en la ley N° 19.886, la distribución de los medicamentos, la cual podrá efectuarse a través de las farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados, públicos o privados.

Un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, el que será firmado además por el Ministro de Hacienda, señalará el mecanismo para definir la cobertura del seguro, así como su estructura, las que podrán ser distintas en función de grupos etarios o de nivel de ingresos. Podrá establecer deducibles, coaseguros, copagos y gasto máximo de bolsillo, e indicará la periodicidad con que la canasta de medicamentos y su financiamiento, serán revisados, entre otros aspectos.”.

23. Reemplázase, en el artículo 147 la frase final “las prestaciones que contempla este párrafo” por la siguiente: “los servicios que contempla el Plan de Salud Universal”.

24. Incorpórase en el Título II del Libro II el siguiente Párrafo 2º, nuevo, pasando el actual párrafo 2º a ser párrafo 3º:

"Párrafo 2º
Del Plan de Salud Universal
Sección 1: Concepto y Garantías.

Artículo 148 A. Concepto.- El Plan de Salud Universal, en adelante el Plan, es un instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios cubiertos, y con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El Plan será elaborado y actualizado tomando en consideración los objetivos sanitarios y los servicios prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, así como los recursos disponibles para el Plan. El Plan de Salud Universal deberá ser elaborado considerando principios de universalidad, prioridad, cobertura, calidad, eficiencia y transparencia.

Los servicios considerados en el Plan son aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas. Ello considera todos los servicios contemplados en el artículo 138, y las prestaciones, acciones, atenciones y soluciones que de allí se deriven.

Serán beneficiarios del plan de salud universal aquellos definidos en el artículo 136.

No se otorgará cobertura alguna a servicios de atención de salud que no se incluyan en el plan de salud o que sean prestados fuera de la red de prestadores.

Artículo 148 B. Garantías.- Los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal, de acuerdo a lo definido en el artículo 138 de la presente ley, contendrán garantías de acceso, calidad, protección financiera y, cuando corresponda, oportunidad con que deben ser otorgados de acuerdo a lo que señale el decreto correspondiente.

Las garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante Fonasa, la Superintendencia de Salud, y las demás instancias que correspondan.

Artículo 148 C. Definiciones.- Para los efectos de este párrafo, se entenderá por:

a) Garantía de Acceso: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de recibir el otorgamiento de los servicios priorizados que componen el Plan de Salud Universal.

b) Garantía de Calidad: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de que los servicios que componen el Plan de Salud Universal le sean otorgados por un prestador de la red, o por otro prestador acreditado o registrado.

c) Garantía de Oportunidad: derecho que tienen el beneficiario de Fonasa a que los servicios que componen el Plan de Salud Universal les sean

otorgados en el plazo máximo fijado respecto de aquellos servicios que, formando parte del Plan, se indique un vencimiento para que se realicen. Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, 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 de Protección Financiera: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a la bonificación o monto del precio del servicio del cual Fonasa se hará cargo en cada servicio incluido en el Plan y conforme se detalla en el artículo 161 de esta ley.

e) Objetivos sanitarios: aquellos de los que trata el artículo 4º Nº 8 de esta ley.

f) Plan: el Plan de Salud Universal.

g) Plan de Salud Universal: aquel del que tratan los artículos 148 A y siguientes de esta ley.

h) Precio: Valor a pagar por parte de Fonasa para cada uno de los servicios que componen el Plan de Salud Universal.

i) Red de prestadores: Aquella determinada por Fonasa para el otorgamiento de los servicios que componen el Plan de Salud Universal.

j) Servicios prioritarios en salud: aquellas prestaciones, atenciones y soluciones de salud, además de los medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos que sean necesarios para el otorgamiento de dichas prestaciones, atenciones y soluciones, que componen el Plan de Salud Universal.

Sección 2: Determinación y actualización del Plan.

Artículo 148 D. Competencias.- El proceso para la determinación y actualización del Plan de Salud Universal será coordinado por Fonasa, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y los reglamentos aplicables sobre la materia.

El Plan deberá ser aprobado por decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Subsección 1: Determinación de los recursos disponibles.

Artículo 148 E. Determinación de los recursos disponibles.- Con el objeto de dar inicio al proceso de determinación o actualización del Plan, Fonasa solicitará al Ministerio de Hacienda que defina el marco de los recursos disponibles para el financiamiento del Plan del siguiente año.

Sólo podrán incorporarse al Plan los servicios que cumplan las siguientes condiciones copulativas:

a. Que los servicios hayan sido objeto de una favorable evaluación científica de la evidencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 148 F;

b. Que los servicios del Plan hayan sido recomendados de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 148 K;

c. Que se haya decidido la incorporación de los servicios al Plan, conforme a lo señalado en el artículo 148 O.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero de este artículo, el costo del Plan en su conjunto no podrá exceder a lo dispuesto para estos efectos en la Ley de Presupuestos del Sector Público del año que se trate.

Subsección 2: Evaluación científica de la evidencia.

Artículo 148 F. Evaluación científica de la evidencia.- Una vez determinados los recursos disponibles, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan.

Para estos efectos, la Subsecretaría de Salud Pública tomará en cuenta las opiniones y recomendaciones que hagan sus comisiones técnicas asesoras. La definición, determinación y funcionamiento de las comisiones señaladas se determinará en el reglamento.

Con todo, sólo podrán ser objeto de evaluación aquellos servicios que cumplan con las condiciones establecidas en el reglamento, el cual considerará, a lo menos, la relación directa con el cumplimiento de los objetivos sanitarios y evidencia de su efectividad. La Subsecretaría de Salud Pública mediante resolución fundada establecerá los servicios que serán objeto de evaluación y aquellos que no formarán parte de ella.

La Subsecretaría de Salud Pública podrá encargar, en todo o parte, los estudios necesarios para la evaluación señalada en este artículo, a otras instituciones públicas o privadas, considerando la especialidad del estudio por abordar.

Artículo 148 G. Objeto y ámbito de la evaluación científica.- Sólo podrán ser objeto de evaluación aquellos servicios que cumplan con las condiciones establecidas en el reglamento. El reglamento considerará, a lo menos, relación directa con el cumplimiento de las metas sanitarias y evidencia de su efectividad. La Subsecretaría de Salud Pública mediante resolución fundada establecerá los servicios que serán objeto de evaluación.

La evaluación de cada servicio, cuya incorporación al Plan ha sido solicitada, deberá comprender, a lo menos:

a) Población objetivo.

b) Eficacia y efectividad relativas.

c) Evaluación económica e impacto presupuestario.

d) Efectos en la capacidad de la red de prestadores.

e) Impacto en el gasto de bolsillo.

Para considerar los efectos en la capacidad de la red de prestadores, la evaluación deberá tener en cuenta un informe elaborado para esos efectos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Artículo 148 H. Entrega de información.- Las instituciones relacionadas con el área de la salud deberán proporcionar la información que les sea requerida por la Subsecretaría de Salud Pública, para los efectos de realizar la evaluación científica de la evidencia.

Artículo 148 I. Informe final de la evaluación científica.- La evaluación concluirá con un informe que será público. Este informe deberá contener, a lo menos, los elementos señalados en el artículo 148 G, por cada uno de los servicios evaluados.

La publicación deberá efectuarse en el sitio web del Ministerio de Salud, a lo menos quince días corridos antes del inicio del proceso de recomendación priorizada.

No procederá recurso alguno contra el informe final de la evaluación científica.

Artículo 148 J. Reglamento.- Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud regulará el proceso de evaluación científica de la evidencia, el que deberá contemplar, entre otros, que se desarrolle con observancia a normas éticas y de transparencia.

Subsección 3: Proceso de elaboración de recomendación priorizada.

Artículo 148 K. Recomendación priorizada.- Los servicios descritos en el proceso de evaluación científica serán analizados y priorizados sobre la base del valor científico, económico y social que el tratamiento importe, y constarán en un informe elaborado para estos efectos por la Subsecretaría de Salud Pública.

Los servicios así determinados deberán clasificarse en tres clases: prioridad alta, prioridad media y prioridad baja. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, determinará la forma en que se efectuará la priorización, así como las consecuencias de aquella.

Todos los servicios que estén incluidos dentro de las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley Nº 19.966, así como aquellos que forman parte del Plan de Salud Familiar otorgado en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud a la que se refiere la ley Nº 19.378, serán consideradas como de prioridad alta para estos efectos. Sin perjuicio de lo anterior, el Plan de Salud Familiar deberá ser sometido al procedimiento establecido en el presente párrafo.

Subsección 4: Evaluación del funcionamiento y definición de los precios.

Artículo 148 L. Evaluación del funcionamiento. - El Consejo Directivo, sobre la base de la evaluación y recomendación, deberá evaluar la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados.

Artículo 148 M. Definición de precios. - El Consejo Directivo propondrá los precios de los servicios que componen el Plan. Los precios que se definan se aplicarán a los prestadores de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud y constituirán el precio máximo para los prestadores no pertenecientes a esta red asistencial que conformen la red de prestadores del Plan.

En la determinación de los precios, se aplicarán metodologías y criterios transparentes y objetivos, utilizando prácticas generales aceptadas para ello.

Artículo 148 N. Informe.- La evaluación concluirá con un informe que será público, que dará cuenta de la metodología utilizada, y de los resultados. La publicación deberá efectuarse en el sitio web de Fonasa, en el plazo que determine el reglamento.

No procederá recurso alguno contra el informe.

Artículo 148 Ñ. Entrega de información.- Las instituciones relacionadas con el área de la salud deberán proporcionar la información que les sea requerida por Fonasa, para los efectos de realizar la evaluación a que se refiere esta subsección. Asimismo, la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá proporcionar la información que el Fonasa requiera para el análisis.

Subsección 5: Del proceso de decisión.

Artículo 148 O. Decreto Supremo del Plan de Salud Universal.- Los Ministerios de Salud y de Hacienda, sobre la base de los informes de las Subsecciones 2, 3 y 4 de este párrafo, determinarán mediante decreto supremo los servicios, con sus respectivas garantías, que contendrá el Plan de Salud Universal.

Para estos efectos, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda deberá elaborar estudios respecto de los efectos fiscales de la implementación del Plan, los que serán públicos y servirán de base para la dictación del decreto señalado en el inciso anterior.

Fonasa deberá proporcionar a la Dirección de Presupuestos la información necesaria para la elaboración de los señalados estudios, aun cuando ella contenga datos sensibles conforme a lo dispuesto en la ley Nº 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, debiendo, en todo caso, guardar respecto de ella la debida reserva o secreto.

Sección 3: De la vigencia y modificación del Plan de salud Universal.

Artículo 148 P. Vigencia.- El Plan de Salud Universal y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan razones de salud pública.

El Plan de Salud Universal en su conjunto tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente. Si no se hubiera dispuesto su modificación al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderá prorrogado por otros tres años y así sucesivamente. Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, su 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.

No obstante lo señalado, Fonasa podrá solicitar la incorporación de nuevos servicios o la eliminación de algunos en cualquier tiempo. Para ello deberá sujetarse al procedimiento descrito en este párrafo. En estos casos, la

incorporación de los nuevos servicios tendrá la vigencia que le reste al plan de salud y se entenderán prorrogadas conjuntamente con éste.

En todo caso, el decreto supremo de modificación deberá establecer, de ser necesario, la forma en que se realizará la transición respecto de actualizaciones a servicios considerados en el Plan de Salud Universal, considerando la factibilidad técnica del cambio, las condiciones de salud de los pacientes y la continuidad de los tratamientos según corresponda.

Sección 4: Sistema de información.

Artículo 148 Q. Sistema de información.- Fonasa deberá implementar un sistema de información que permita el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de los servicios contemplados en el sistema, así como del gasto ejecutado para cada una de ellos, conforme al reglamento. Esta información deberá estar disponible en el sitio web de Fonasa.

Sección 5. Fiscalización y sanciones.

Artículo 148 R. Obligación de fiscalización.- Para la debida aplicación del presente Libro, de sus reglamentos, decretos y resoluciones, Fonasa podrá realizar las fiscalizaciones e inspecciones que estime necesarias para supervigilar el cumplimiento de dichas normas, así como el adecuado uso de los recursos.

Estas actuaciones serán realizadas por funcionarios de Fonasa especialmente designados para ello, los que tendrán la calidad de Ministros de Fe para todos los efectos. Cuando con ocasión de ellas se constatare una infracción a este Libro o a sus reglamentos, se levantará acta dejándose constancia de los hechos materia de la infracción.

En casos de urgencia y para la protección provisional de los intereses implicados, con el sólo mérito del acta levantada, podrá adoptar las medidas provisionales que sean necesarias, en cuyo caso el procedimiento sancionatorio deberá iniciarse por resolución a más tardar dentro de los 5 días siguientes, pronunciándose sobre su mantención o levantamiento.

Artículo 148 S. Procedimiento de fiscalización y sanción. - Los procedimientos sancionatorios que se instruyan por las infracciones que se detecten se sujetarán a las siguientes reglas:

1. Los procedimientos sancionatorios podrán iniciarse de oficio o por denuncia. En caso de denuncia, sólo se originará un procedimiento sancionatorio si, a juicio de Fonasa, está revestida de seriedad y tiene mérito suficiente.

2. La instrucción del procedimiento sancionatorio se iniciará con una formulación de cargos, que contendrá una descripción clara y precisa de los hechos que se estimen constitutivos de infracción, la norma, medidas o condiciones eventualmente infringidas. Estos se notificarán al infractor, confiriéndole un plazo de 10 días para formular los descargos.

3. Recibidos los descargos o transcurrido el plazo otorgado para ello, Fonasa examinará el mérito de los antecedentes y podrá, de oficio o a petición del interesado, determinar la realización de las pericias e inspecciones que sean pertinentes, para lo cual fijará un término probatorio de 8 días.

4. En caso de haberse dispuesto el período probatorio podrán utilizarse todos los medios de prueba, siendo ésta apreciada conforme a las reglas de la sana crítica.

5. La resolución que ponga fin al procedimiento sancionatorio se pronunciará respecto a todas las cuestiones planteadas en el expediente, pronunciándose sobre cada una de las alegaciones y descargos, y contendrá la declaración de la sanción que se imponga al infractor o su absolución.

6. La resolución final deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a aquel en que se haya evacuado la última diligencia ordenada en el expediente. Asimismo, la resolución que aplique sanciones deberá indicar los recursos que procedan contra ella, los órganos ante el que deban presentarse y el plazo para interponerlos.

7. En contra de la resolución final, procederá el recurso de reclamación indicado en el inciso decimoprimero del artículo 143.

8. Las notificaciones que se efectúen con posterioridad a la formulación de cargos se efectuarán mediante correo electrónico que se indicará en su primera presentación.

9. Los plazos establecidos serán de días hábiles administrativos.

10. En lo no regulado en este artículo se aplicarán, supletoriamente, las disposiciones de la ley N° 19.880.

En caso de constatar el incumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal, Fonasa deberá apercibir al infractor para que lo corrija dentro del plazo de tres días hábiles. La notificación de aquello se hará conforme a lo establecido en el artículo 46 de la ley N°19.880.

Si vencido el plazo se mantuviera el incumplimiento, Fonasa le formulará cargos y el obligado tendrá el plazo de cinco días hábiles para contestarlos y acompañar los antecedentes que estime necesarios para su defensa.

Artículo 148 T. Infracciones.- Sin perjuicio de lo que se establezca detalladamente en normas de carácter reglamentario, serán consideradas como infracciones:

a. La presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención, y programas u otros; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente; y de recargo improcedentes;

b. La prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley;

c. Alteración de las fechas y datos que permitan efectuar el seguimiento de las normas de calidad, acceso y oportunidad.

d. Contravención a alguna de las normas que regulan el Plan de Salud Universal, especialmente el incumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el referido Plan.

e. Contravención a alguna de las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares.

f. Emisión de licencias médicas para afiliados sin contar con el respaldo de su atención ni con la ficha clínica que dé cuenta de dicha atención.

Artículo 148 U. Clasificación y graduación de infracciones.- Para los efectos de la graduación de la sanción, las infracciones administrativas se clasificarán en leves, graves y muy graves. En la imposición de sanciones, Fonasa deberá guardar la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada. Para tal efecto, se considerarán los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:

1. El beneficio económico obtenido con motivo de la infracción, en caso que lo hubiese.
2. La existencia de intencionalidad o reiteración en la comisión de la infracción y el grado de participación en el hecho, acción u omisión constitutiva de la misma.
3. La capacidad económica del infractor.
4. La colaboración que haya prestado el infractor
5. La existencia de riesgos o peligro para terceros, derivados de la infracción cometida y su entidad
6. La reincidencia en infracciones a la normativa, cuando así haya sido declarado por resolución firme.
7. Todo otro criterio que, a juicio fundado de Fonasa, sea relevante para la determinación de la sanción.

Artículo 148 V. Sanciones para prestadores privados. - En caso de constatarse la infracción por parte de un prestador privado, el Director de Fonasa, podrá aplicar alguna de las siguientes sanciones:

1.- Amonestación.
2.- Suspensión de hasta 180 días.
3.- Término anticipado del convenio.
4.- Multa a beneficio fiscal, de una a 1.000 unidades de fomento. Esta sanción podrá acumularse a las sanciones de suspensión y terminación anticipada contempladas en este artículo.

Artículo 148 W. Prescripción.- Las acciones para perseguir infracciones administrativas, y las sanciones administrativas que deriven de éstas, prescribirán en el término de cinco años. El plazo respectivo se contará desde que se comete el hecho que origina la infracción, o desde que el acto administrativo que impone la sanción se encuentre ejecutoriado, según sea el caso. La prescripción de la acción para perseguir la infracción administrativa se suspende con la notificación de la formulación de cargos. Asimismo, la prescripción de las sanciones aplicadas se suspende con el inicio del procedimiento de ejecución, desde que el sancionado sea notificado de dicha circunstancia conforme a la ley.

Artículo 148 X. Recursos.- Contra los actos administrativos que se pronuncien en virtud de esta Sección, procederán los recursos contemplados en la ley N° 19.880 y en el Estatuto Administrativo, según corresponda.

No procederá recurso alguno ante el Ministerio de Salud por las resoluciones dictadas en conformidad a esta Sección.

Artículo 148 Y. Mérito ejecutivo.- Las resoluciones que dicte Fonasa en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales.

Artículo 148 Z. Sanciones del prestador público.- En caso de constatarse la infracción por un prestador público, Fonasa notificará al Director del Servicio o del Establecimiento de que se trate la aplicación al infractor de una multa, a beneficio fiscal, de un décimo hasta cincuenta unidades de fomento.

Si el incumplimiento se mantuviera por un período superior a seis meses siguiente a la notificación de la sanción, podrá considerarse falta grave a la probidad y dará lugar a la destitución o cese de funciones del infractor, de acuerdo al estatuto respectivo.

De todo lo anterior se dejará constancia en la respectiva hoja de vida funcionaria.

Quien aplicará las sanciones contra el funcionario culpable será aquel facultado para el nombramiento del mismo.”.

25. Reemplázase el artículo 159 por el siguiente:

“Artículo 159.- Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de los servicios que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de los servicios será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición de Fonasa.”.

26. Reemplázase el artículo 160 por el siguiente:

“Artículo 160.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Además, tratándose de afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad serán clasificados en otros grupos por el Fonasa de acuerdo al nivel de ingreso que posean. Esta determinación se efectuará por resolución de Fonasa visada por el Ministerio de Hacienda.”.

27. Sustitúyase el artículo 161, por el siguiente:

“Artículo 161.- Los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa, tendrán una

protección financiera no menor al 80%. Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, tendrán una protección financiera del 100%, así como también las personas mayores de 60 años.

No obstante, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas u otros servicios o atenciones en particular incluidos en el Plan, y que no sean de prioridad alta, coberturas, deducibles, copagos, o coaseguros diferentes al señalado en el inciso precedente. En estos casos, la diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre Fonasa y el valor del servicio, será cubierta por el propio afiliado.

Para efectos de este artículo, las palabras que se señalan, tendrán los significados que se indican:

a) Deducible: monto en dinero hasta el cual cada beneficiario soportará, a todo evento, los gastos generados en el uso del Plan de Salud Universal.

b) Coaseguro: mecanismo en el que el beneficiario paga un porcentaje del valor del servicio.

c) Copago: mecanismo en donde el beneficiario paga un monto fijo, independiente del valor del servicio.

El Director de Fonasa podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado para lo cual deberá establecer un procedimiento y criterios generales y transparentes, que deberán ser aprobados por el Consejo.”.

28. Reemplázase en el inciso primero del artículo 162, la oración “Los afiliados del Régimen podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 143 y 161, inciso quinto”, por la siguiente: “Los afiliados a Fonasa podrán solicitar a éste, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de los servicios que ellos deban pagar.”.

29. Sustitúyase el inciso final del artículo 163, por el siguiente:

“Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere la letra e) del artículo 136, se establecerán a través de una resolución de Fonasa, previa visación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.”.

30. Modifícase el artículo 164, del siguiente modo:

a.- Reemplázase en el inciso primero, la expresión “los artículos 160 y” por la siguiente: “el artículo”.

b.- Incorpórase al inciso sexto, a continuación de su punto final la siguiente frase “Para el cumplimiento de sus atribuciones, Fonasa podrá verificar con el Servicio de Impuestos Internos la veracidad de la información suministrada

por los beneficiarios del Régimen, con todos los antecedentes de que disponga el referido servicio. El Servicio de Impuestos Internos, mediante resolución, determinará la forma, procedimiento y plazos para efectuar las verificaciones que correspondan.”.

c.- Derógase el inciso final.

Artículo 2º.- Sustitúyanse los incisos primero y segundo del artículo 49 de la ley Nº 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal, por los siguientes:

“Artículo 49.- Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente del Ministerio de Salud y de Fonasa, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otras. Dichos criterios serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministros del Interior y Seguridad Pública y Hacienda.

El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, a propuesta de Fonasa, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y Seguridad Pública, y de Hacienda. El decreto deberá, asimismo, precisar el listado de las atenciones o soluciones de salud cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.”.

Artículo 3º.- Derógase el decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que contiene las normas que se aplicarán en los convenios que celebren los Servicios de Salud.

Artículo 4º.- Agrégase un inciso tercero nuevo al artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, del siguiente tenor:

“Además, respecto de los afiliados al Fonasa, será necesario que la licencia médica sea emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal o esté inscrito o en convenio de modalidad libre elección.”.

Artículo 5°.- A contar de la fecha de entrada en vigencia de lo dispuesto en el numeral 7 del artículo 1°, todas las menciones que las leyes, reglamentos, demás normas y referencias que se hagan al “Fondo Nacional de Salud”, o al “Fondo”, se entenderán reanalizadas a “Fonasa”.

Disposiciones transitorias

Artículo primero.- El decreto que contenga el primer Plan de Salud Universal comenzará a regir el 1 de enero del año siguiente a la fecha de

publicación de esta ley en el Diario Oficial y durará hasta el 31 de diciembre de dicho año, salvo que entre la publicación de la ley y el 1 de enero existan menos de 6 meses, caso en el cual el referido decreto deberá entrar en vigencia el primer día del séptimo mes siguiente a la referida publicación y durará, igualmente, hasta el 31 de diciembre de dicho año.

A este primer decreto no le será aplicable el procedimiento de elaboración del Plan de Salud Universal, especialmente las normas contenidas en los nuevos artículos 148 E y siguientes que se incorporan al decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud.

Artículo segundo.- Las modificaciones que el artículo 1º de esta ley introdujo al decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud, comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del decreto supremo que establezca el primer Plan de Salud Universal, salvo las excepciones siguientes:

1.- Regirán desde la fecha de publicación de esta ley las siguientes materias:

a) La eliminación de la facultad de celebrar convenios por parte de los Servicios de Salud y de los Establecimientos Autogestionados en Red para que un tercero tome a su cargo el otorgamiento de prestaciones, regirá desde la publicación de esta ley.

b) La facultad de los Servicios de Salud para celebrar convenios con Fonasa por las atenciones y soluciones que otorgue en el marco del Plan de Salud Universal.

c) Las nuevas atribuciones de Fonasa, especialmente las incorporadas al artículo 50 del mencionado decreto con fuerza de ley.

d) Las letras f) y g) nuevas del artículo 136 que incorporan dos clases de beneficiarios.

e) El artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud, referente a la modalidad de libre elección.

f) Las normas sobre fiscalización y sanciones.

2.- Las normas sobre Consejo Directivo de Fonasa y el Consejo Consultivo y sus atribuciones, regirán desde la fecha en que venza el plazo señalado en el artículo octavo transitorio.

3.- El artículo 144 entrará en vigencia una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento a que se refiere dicha norma.

Artículo tercero.- Mientras no entre en vigencia el decreto supremo a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N°

18.469, que se modifica, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley.

Artículo cuarto.- El artículo 2º entrará a regir una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento que señala el artículo 49 de la ley Nº 19.378 que se modifica.

Artículo quinto.- El artículo 3º entrará a regir en la fecha de publicación de esta ley; no obstante, aquellos convenios vigentes a dicha fecha surtirán efectos hasta completar el año de vigencia que esté en curso y no podrán ser renovados automática ni expresamente.

Artículo sexto.- Los reglamentos mencionados en los artículos 1º y 2º de esta ley, deberán dictarse dentro de los 6 meses siguientes a su publicación.

Artículo séptimo.- Dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, se deberán dictar uno o más decretos supremos, emitidos por el Ministerio de Salud, y suscritos además por el Ministro de Hacienda, que regulen las siguientes materias:

1.- El proceso de transición desde la modalidad de atención institucional a la implementación del Plan de Salud Universal.

Este proceso deberá contemplar la incorporación gradual de atenciones y soluciones de salud que irán reemplazando el financiamiento de prestaciones de salud aisladas.

2.- La cobertura financiera que se otorgará por las atenciones que aún no se incorporen al Plan de Salud Universal y que seguirán siendo financiadas de acuerdo a la modalidad de atención institucional.

En tanto no se reemplace la modalidad de atención institucional por el Plan de Salud Universal, los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, aprobarán por resolución el arancel de dicha modalidad.

El proceso de transición no podrá exceder de 5 años contados desde la vigencia del primer decreto que contenga el Plan de Salud Universal.

Artículo octavo.- La primera designación de los miembros del Consejo Directivo señalados en el inciso tercero del artículo 54 A, incorporado por el artículo 1° N° 10 de la presente ley se realizará dentro de los noventas días siguientes a la fecha de publicación en el Diario Oficial de esta ley. En la primera designación de los miembros del Consejo Directivo de Fonasa, una de las personas indicadas en el numeral 1 y una de las personas indicadas en el numeral 2 del nuevo artículo 54 A que se agrega al decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, durarán tres años, de lo que deberá dejarse constancia en el acto administrativo de nombramiento.

Artículo noveno.- Facúltese al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley,

establezca mediante un decreto con fuerza de ley, expendido por el Ministerio de Salud, el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Este decreto con fuerza de ley será denominado “Ley General de Salud”.

Para tales efectos, el Presidente de la República podrá incorporar las modificaciones y derogaciones de que hayan sido objeto; incluir los preceptos legales que los hayan interpretado; reunir en un mismo texto disposiciones directa y sustancialmente relacionadas entre sí que se encuentren dispersas; introducir cambios formales, sea en cuanto a redacción, para mantener la correlación lógica y gramatical de las frases, a titulación, a ubicación de preceptos y otros de similar naturaleza, pero sólo en la medida que sean indispensables para su coordinación y sistematización.

El ejercicio de estas facultades no podrá importar, en caso alguno, la alteración del verdadero sentido y alcance de las disposiciones legales aprobadas.

Artículo décimo. - El Presidente de la República mediante uno o más decretos podrá modificar el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes para la aplicación de esta ley.

Artículo décimo primero.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley durante su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos. Para los años siguientes, se financiará de acuerdo con lo que determinen las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

* * * * * * * * * *

Tratado y acordado, según consta en el acta correspondiente a las sesiones de 8, 14, 16, 21 y 28 de enero, y 10 y 17 de marzo de 2020, con asistencia de los diputados señores Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya (Presidente), Miguel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Diego Ibañez Cotroneo, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandón Irarrázabal, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

Asistieron, además, los diputados Hugo Rey Martínez (en reemplazo de Ximena Ossandón Irarrázabal), Boris Barrera Moreno (en reemplazo de Amaro Labra Sepúlveda), Miguel Angel Calisto Aguila y Víctor Torres Jeldes (en reemplazo de Daniel Verdessi Belemmi), Andrea Parra Sauterel, Marcela

Hernando, Manuel Monsalve Benavides, René Alinco Bustos, Claudia Mix Jiménez, Carlos Abel Jarpa Webar y Jorge Sabah Villalobos.

Sala de la Comisión, a 17 de marzo de 2020.



ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogada Secretaria de la Comisión