

Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (boletín N° 2980-11)

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, vengo en proponer a esa honorable Corporación un proyecto de ley que tiene por objeto modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

I. LOS OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD.

Los recursos que el país dispone para cuidar la salud de la población, son limitados y escasos. Es necesario, por lo tanto, que el país oriente estos recursos para asegurar que las enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles a la población, sean adecuadamente tratadas.

La orientación fundamental para estos efectos está dada por los Objetivos Nacionales de Salud.

En el proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías en Salud, que enviamos a ese honorable Parlamento en mayo pasado, se señala respecto de los mismos:

“La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles

y practicable, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población que se han señalado.

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

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

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

Los Objetivos Nacionales de Salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituya una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

Este instrumento corresponde al Sistema Auge propuesto en la modificación a la ley N° 18.469, que hará posible alcanzar los Objetivos Nacionales de Salud que ha propuesto el Ministerio de Salud para el año 2010.

Para el grupo de enfermedades que los Objetivos Nacionales de Salud identifican como las principales causas de daño y muerte y para las cuales existen tratamientos efectivos, el sistema Auge establece el Régimen de Garantías en Salud. Las otras enfermedades serán manejadas conforme a las normas vigentes y mantendrán la prioridad que se les otorga en la actualidad.

II. SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUTORIDAD SANITARIA.

Ahora bien, para formular la presente propuesta, se han diagnosticado una serie de problemas que enfrenta la autoridad sanitaria, que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

1. Dispersión, burocracia e ineficacia.

En la actualidad, el Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos. Por su parte, los Servicios de Salud, entes descentralizados, realizan funciones de autoridad sanitaria.

Esta mezcla de funciones ha sido administrativamente ineficiente y, además, ha generado confusión en la ciudadanía. Ello ha contribuido a debilitar a la autoridad sanitaria.

2. Capacidad normativa desigual.

En el área asistencial, del medio ambiente y ocupacional, existe exceso de normas o ausencia de ellas, lo que resulta en una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario.

Si a ello se suma el poder que ejercen los más variados grupos de influencia y presión, aparecen inequidades, irregularidades, coberturas dispares y gran variabilidad en los resultados, que contribuyen a desperfilar el rol de la Autoridad Sanitaria.

3. Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.

La fiscalización de las actividades de los prestadores recae en los Servicios de Salud. Éstos son, simultáneamente, responsables por la gestión de sus establecimientos, por lo que, fácil es advertir, existen conflictos de interés al momento de fiscalizar.

Además, no existen normas actualizadas que regulen la autorización sanitaria y que permitan el funcionamiento de los establecimientos de salud. Ésta debe ser homogénea para los prestadores de salud públicos y privados.

También cabe agregar que, respecto de la calidad de atención, ella se ve afectada tanto por exceso de prestaciones como por racionamiento de las mismas. La experiencia internacional ha dejado en claro que si el prestador es remunerado solamente por acto médico realizado, éste tiene incentivos a inducir demanda en los usuarios y, por lo tanto, tenderá a recomendar intervenciones aun cuando los riesgos de ésta sobrepasen a los beneficios que de ella se deriven o incluso en casos en que el beneficio esperado sea nulo.

Ello puede ocurrir, también, debido a una insuficiente actualización del conocimiento médico, situación posible debido al acelerado desarrollo de la tecnología de salud. La actual fiscalización de ese proceso es débil.

4. Insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud.

Los principales problemas que afectan a los usuarios del sistema isapre, dicen relación con el temor de qué ocurrirá con ellos frente a una enfermedad grave, si va a estar cubierta o no, y lo que sucederá después de los 60 años de edad.

Adicionalmente, se ofrece a las personas planes de difícil interpretación, con coberturas atractivas para las prestaciones de bajo costo, pero que no cubren prestaciones mínimas necesarias desde la perspectiva sanitaria y que, al ser requeridas por los usuarios, implican serias catástrofes financieras al grupo familiar.

La relación entre el usuario y los seguros de salud es de naturaleza compleja y se caracteriza por importantes asimetrías de información.

Desde la perspectiva de los aseguradores, los usuarios manejan mayor información que aquéllos respecto a su propio estado de salud.

Esto genera, en los aseguradores, comportamientos defensivos, puesto que el ocultamiento de riesgos por parte de los usuarios, implicaría la inviabilidad financiera para aquellos seguros menos efectivos en detectar altos riesgos de enfermedad y que son más generosos en los beneficios que otorgan.

Esto hace necesario la intervención del Estado para regular el quehacer de quienes participan en el sector salud y asegurar, de esta forma, que dicha asimetría no se traduzca en atención médica de baja efectividad sanitaria y de insuficiente protección financiera para los usuarios.

Adicionalmente, la contratación de un seguro puede estimular un sobreconsumo de prestaciones de salud por parte de las personas, arriesgando el encarecimiento de las primas y/o un ajuste de los planes hacia niveles no

óptimos desde un punto de vista social. Esto ocurre debido a que el usuario incurre sólo en una parte del costo de sus decisiones.

La competencia entre seguros incrementa este problema de relación entre usuarios y seguros, puesto que incentiva a los seguros a practicar la selección de personas con bajo riesgo de enfermedad, con la consecuente segmentación de la población entre personas de alto y bajo riesgo de enfermedad y la consecuente desviación de recursos hacia prácticas improductivas desde el punto de vista sanitario y económico.

Para que la competencia entre múltiples seguros, que caracteriza el sector privado, sea eficiente y no resulte en una desprotección de las personas consideradas de alto riesgo de enfermedad, por altos precios en las primas o exclusión del servicio, se requiere establecer mecanismos para reducir la selección de riesgos.

Adicionalmente, la condición de asimetría de información que caracteriza el mercado de la salud, impide que la competencia por sí sola sea un mecanismo eficaz para alcanzar estándares aceptables de calidad en la prestación de los servicios. En este caso los usuarios carecen del conocimiento para determinar si los servicios recibidos son los requeridos y de una calidad adecuada. Ello requiere regular la calidad de las prestaciones.

Por último, las condiciones de asimetría con el asegurador y con el prestador pueden combinarse para generar condiciones adversas al usuario, en el caso en que el prestador tenga intereses comunes con el asegurador, porque es asalariado de éste o porque recibe pagos pactados, puesto que existe el incentivo a racionar las prestaciones aun cuando esto sea riesgoso para el paciente.

5. Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad Sanitaria por parte de la ciudadanía.

La población muchas veces no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, y en particular, cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.

6. Insuficiencias en la legislación vigente.

La legislación actual consagra un régimen que, en primer lugar, impide la integración armónica de los subsistemas público y privado. Ello dificulta un buen uso de los recursos del sector y restringe el acceso equitativo a la salud para muchas personas.

En segundo lugar, limita la labor de Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el rol de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de salud del subsector público, con el consecuente debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado.

En tercer lugar, enfatiza las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.

III. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Un tercer elemento que es necesario tener en cuenta, para contextualizar adecuadamente la propuesta legislativa, es que para nadie es un misterio que hoy se viven las consecuencias de la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los 80, de las cuales el decreto que se modifica con este proyecto, es uno de sus componentes principales.

En dicha reforma, en primer lugar, se pretendió concentrar al Ministerio en las tareas normativas y descentralizar en los Servicios la gestión de la atención de salud.

Sin embargo, en esos Servicios se concentraron, también, las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial, transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo, como del ámbito de salud pública, heredando las facultades del Servicio Nacional de Salud.

Esta doble condición de gestor asistencial y autoridad sanitaria, dificultó que resolviera

adecuadamente los problemas que se le presentaban en ambas áreas.

Una segunda medida de dicha reforma contribuyó a generar elementos que distorsionaron más las cosas: la municipalización de los consultorios y postas.

En efecto, dicha medida tuvo un efecto negativo en la integración y fluidez de procesos que deben existir en una red asistencial.

En la práctica, los Servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringiendo el traspaso de recursos del hospital a la Atención Primaria y, con ello, manteniendo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas.

Además de dicha reforma, ha contribuido a la ineficiencia de los Servicios de Salud la incapacidad para mantener una adecuada sintonía entre las necesidades asistenciales de la población y la dotación y capacidades de los recursos humanos que trabajan en dichos servicios.

Para reaccionar adecuadamente a los desafíos que impone la transición epidemiológica, se requiere una permanente capacidad de ajuste en las habilidades de respuesta del sistema asistencial. Esta tarea no ha sido realizada.

Los problemas que hoy en día existen en los Servicios de Salud, pueden resumirse en los siguientes:

1. Problemas en el nivel primario.

a. Del modelo de atención y la organización.

Existe baja capacidad resolutoria; insuficiente anticipación al daño; baja cobertura de problemas crónicos del adulto; acceso restringido a ciertos horarios; bajo control de calidad; baja capacidad de gestión; poco atractivo hacia médicos y otros profesionales; alta rotación del personal médico; postergación por privilegio del desarrollo de la atención hospitalaria; y hospitales tipo cuatro con exceso de capacidad instalada.

b. De su relación con otros niveles.

Existen derivaciones excesivas por baja capacidad de resolución; también hay bajo acceso a especialistas y exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico; y problemas de acceso a la atención especializada y hospitalaria.

c. De su relación con la población.

Existe baja confiabilidad por parte de la población; dificultades de trato y acceso; baja participación social; y poca capacidad de escoger centro de salud como elemento de poder frente a los consultorios.

2. Problemas del nivel secundario.

a. Del modelo de atención y la organización.

En este ámbito, hay una baja cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas; insuficiente anticipación al daño; limitaciones en la resolución y manejo ambulatorio de diversas patologías; bajo control ético y de calidad; acciones inefectivas o perjudiciales; baja capacidad de gestión directa de recursos; y presupuestación en bases históricas con brechas negativas y positivas respecto a la producción.

b. De su relación con otros niveles.

A este nivel, existe baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a demanda desde el nivel primario y urgencias; y baja tasa de devolución de pacientes al primer nivel.

c. De su relación con la población.

En este aspecto se dan dificultades en el trato y procedimientos extremadamente burocratizados; dificultades en la autonomía e información de los pacientes respecto de diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores; y bajo control y participación social.

3. Problemas del nivel terciario.

a. Del modelo de atención y la organización.

A este nivel, existe una baja adecuación al patrón epidemiológico actual; baja cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas, listas de espera; baja descentralización y capacidad de gestión de recursos; bajo control ético y de calidad; acciones inefectivas o perjudiciales, hospitalizaciones

innecesarias; centrado en lo hospitalario; concentración de recursos y de las deudas; servicios clínicos segmentados entre sí, poco colaborativos; y procedimientos administrativos altamente burocratizados.

b. De su relación con otros niveles.

También se da una baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a demandas desde el nivel primario y secundario, centrándose mayoritariamente en resolver las urgencias en detrimento de lo electivo; baja articulación con centros de alta complejidad; e indefinición de los mecanismos de derivación y de pago.

c. De su relación con la población.

Finalmente, en este ámbito se dan dificultades en el acceso y trato; dificultades en la autonomía e información de los pacientes respecto de diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores; y bajo control social y participación.

IV. FUNDAMENTOS DEL PROYECTO.

1. Una Red Asistencial territorial con énfasis en la Atención Primaria.

El estado de salud de la población es variable a través de la historia.

Se expresa por medio del perfil epidemiológico, que identifica las enfermedades que en forma mayoritaria son causa de muerte y sufrimiento de las personas.

En Chile, el perfil epidemiológico ha cambiado drásticamente desde los años 50, en que se creó el Servicio Nacional de Salud. Si bien en esa época las principales situaciones responsables por el estado de salud de la población fueron la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas, podemos señalar que el país ha controlado en forma satisfactoria la mortalidad materno-infantil, aunque persisten disparidades evitables.

Ahora las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida, son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental,

existiendo un remanente de enfermedades infecciosas.

En este período hubo una substancial modificación de la tecnología de la actividad médica.

El desarrollo de nuevos medicamentos, instrumentos y técnicas operatorias ambulatorias, representa nuevas capacidades de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas, lo que posibilita una nueva distribución de las tareas al interior del equipo médico.

Al momento de creación del Servicio Nacional de Salud, se optó por una estrategia de atención centrada en el hospital, por cuanto esto permitía acoger a la mujer en el momento del parto y garantizar condiciones sanitarias adecuadas que atenuaran la mortalidad.

Adicionalmente, el hospital permitía aislar al enfermo infeccioso de modo de evitar el contagio a sus familiares y vecinos.

Los consultorios periféricos se orientaron principalmente al control del embarazo y de los problemas del niño.

Esta estrategia fue adecuada al momento histórico en que se concibió. Hoy no tenemos esos problemas de salud.

Por último, es necesario destacar que las nuevas condiciones epidemiológicas y tecnológicas han sido acompañadas con un incremento permanente en el gasto que el país destina a salud. Esta situación caracteriza los sistemas de salud de todo el mundo que enfrentan la necesidad de realizar cambios profundos.

2. La organización de los recursos.

Las estrategias de organización de los recursos que el país destina a la salud, deben ajustarse a las realidades y exigencias del perfil epidemiológico, al cambio tecnológico, a las mayores exigencias de gestión planteadas por los costos incrementales y a las exigencias de los usuarios del sistema.

De no hacerlo, se combina una situación de ineficiencia sanitaria y de gestión.

Sin embargo, la estrategia de organización del sector no se ha modernizado para enfrentar los cambios del perfil epidemiológico, la tecnología médica, el

nivel de gastos en salud y las exigencias de los usuarios.

Las enfermedades degenerativas, crónicas y de salud mental actuales, requieren de un cambio en la estrategia de atención porque se caracterizan por un largo desarrollo.

Para estas enfermedades, existen intervenciones eficaces; pero los pacientes no las reciben principalmente porque los hospitales orientan su acción a situaciones que requieren intervenciones inmediatas por riesgo de daño o muerte y porque los consultorios no están orientados a pesquisar y controlar a las personas en las etapas iniciales, no inhabilitantes, de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas se incrementan con el desarrollo económico y la adquisición de hábitos de vida caracterizados por el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y otros que son dañinos para la salud.

Estas enfermedades afectan con mayor severidad a las personas más pobres, ya que en muchos casos se asocian con condiciones de vida desfavorables para la salud y a una situación socioeconómica deprimida.

La estrategia de organización de los recursos de salud para estas patologías, requiere que la persona sea atendida en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a etapas de mayor daño y de tratamiento más complejo. Ello se consigue radicando la atención lo más cerca posible de su domicilio, en los Consultorios de Atención Primaria y mejorando la calidad de las prestaciones.

Por ejemplo, en el caso de la hipertensión arterial, es necesario promover pautas de vida saludable para prevenirla, realizar exámenes periódicos a la población en riesgo para pesquisarla precozmente y para los casos pesquisados, hacer un tratamiento y control continuo.

La atención cercana al domicilio evita, en este caso, que la hipertensión arterial pueda complicarse, requiriendo por ejemplo intervenciones cardioquirúrgicas que deben realizarse en centros de

alta especialización.

El control de la enfermedad debe tener una respuesta equivalente en la estrategia organizativa del sistema de salud, en que los casos más graves se enfrenten en mayores niveles de complejidad de atención.

3. El avance tecnológico.

La perspectiva tecnológica entrega hoy capacidades para pesquisar y tratar las enfermedades en sus distintas etapas de avance.

Las intervenciones ambulatorias, que causan un menor daño invasivo, los medicamentos y el instrumental de pesquisa de la enfermedad, permiten una mejor distribución de los recursos a lo largo del proceso de la enfermedad.

Eso significa que la destinación de un alto porcentaje de los recursos disponibles a los hospitales, que caracteriza la situación actual, puede modificarse con un considerable beneficio para el enfermo, al distribuir los recursos acorde con el proceso de la enfermedad.

V. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El presente proyecto de ley propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajusta a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Adicionalmente, se proponen nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal que se propone a ese honorable Parlamento, tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud, adecuándola a los requerimientos del Sistema AUGE. Es así como se establece la constitución de Redes Asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, y con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía.

Tercero, establecer instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

1. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

Esta iniciativa legal define las funciones y atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud en la defensa de los usuarios de salud.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema.

Debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el medio ambiente y la atención médica, y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable.

Actúa en el espacio intersectorial y hacia todo el quehacer del Gobierno, de manera de promover y desarrollar políticas públicas de promoción y prevención, coherentes con las prioridades sanitarias.

La Autoridad Sanitaria tiene variados deberes. Así, debe formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable y condiciones para una mejor salud, que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos de enfermarse y debe garantizar el acceso a una promoción de la salud y atención de la enfermedad, digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

También debe conseguir un desarrollo armónico del sistema de salud, definir normas, obligaciones y reglas claras y uniformes para el funcionamiento de todos los agentes involucrados.

Además, debe velar y monitorear el cumplimiento de las normas, promover los derechos de las personas, resolver conflictos entre las partes y administrar sanciones, cuando corresponda.

La Autoridad Sanitaria debe ser claramente identificada por la ciudadanía como la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Adicionalmente, la Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como internacional.

Estas responsabilidades deben cumplirse con plena independencia de intereses, por el mejoramiento de la salud de la población, la disminución de las brechas de equidad y los derechos de las personas.

Para cumplir efectivamente su rol, la Autoridad Sanitaria debe contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud. También debe contar con atribuciones que le permitan asegurar y verificar el cumplimiento de la normativa vigente y contar con mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional, asegurando la existencia de relaciones entre ellos que permita el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para el sector.

Para este fin, es necesario dotarla de todos los instrumentos jurídicos, administrativos y medios financieros, que le permitan ejercer debidamente sus facultades respecto de la formulación de políticas, la dictación de normas y todas las otras actividades que permitan proteger la salud de la población y hacer respetar los derechos de los usuarios en relación con el seguro de salud y con los prestadores.

En suma, el rediseño de la Autoridad Sanitaria, contribuirá al fortalecimiento de la salud pública, por una parte, a través de una mejor definición de su estructura y funciones (nacional y regional), de las tareas esenciales de salud pública, de la formulación y ejecución del Plan de Salud Pública, nacional y regional; y, por la otra, mediante el aseguramiento de su financiamiento en forma independiente a la cobertura de la atención médica. Debe haber un justo equilibrio entre lo curativo-asistencial y la promoción-prevención, que evite el desarrollo de enfermedades.

En este nuevo diseño, se propone una organización que permita una visión integral para que cuente con una gestión dedicada al tema de la Salud Pública y que dé cuenta de su actividad, asignándole un presupuesto propio y fortaleciendo sus capacidades de fiscalización.

La institucionalidad propuesta, asegura lo siguiente:

- Rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público, como privado.

- Rectoría de la autoridad sanitaria en el espacio intersectorial.

- Conducción política integral del sector salud.

- Liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema.

- Un sistema de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas para el funcionamiento para todos los agentes involucrados.

- Un sistema de monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional.

- Capacidad para garantizar protección y promoción de la salud a la población.

- Asegurar el acceso a los servicios de salud. en particular de las poblaciones más vulnerables.

- Garantizar los derechos en salud de los usuarios.

- Asegurar garantías de protección financiera para la familia.

- Dar cobertura sanitaria a toda la población.

-Fiscalizar el cumplimiento del Sistema AUGE.

Para tales efectos, el proyecto plantea fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional. El diseño del proyecto se basa en los siguientes requerimientos:

-Separar las funciones de gestión y fiscalización de la prestación pública que actualmente conviven en los Servicios de Salud. Con ello se elimina la existencia de una institución que actúa como juez y parte.

-Tener una institución desconcentrada. Se requiere que la Autoridad Sanitaria actúe con uniformidad de criterios en la interpretación de las normas a lo largo del territorio nacional, y que en la actuación de la Autoridad Sanitaria Regional se resguarde la necesaria cohesión de las políticas de relevancia nacional y la independencia respecto de presiones locales.

-Contar con una entidad cercana a las personas, para que éstas puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas respecto a los prestadores públicos y privado.

-Integrar toda la capacidad sanitaria regional de manera de asegurar una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias a nivel de la región.

-Relevar los temas de salud pública en la región, actualmente desdibujados en los Servicios de Salud por la preponderancia del tema hospitalario.

2. Nuevas herramientas para la gestión.

La estrategia definida en el marco de la Reforma de la Salud, para la situación descrita más arriba, es el fortalecimiento de las medidas de promoción de estilos de vida saludable, que oriente a las personas a tomar mayor responsabilidad en la mantención de su salud y a las instituciones a la creación de ambientes saludables en el trabajo y en la ciudad.

La promoción orientada a las personas, se realizará principalmente en los Consultorios, pero será responsabilidad de todos los niveles de complejidad.

La dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio, se realiza también en los Consultorios.

En la medida que el proceso de la enfermedad progrese o se detecte en etapas avanzadas, el enfermo

debe derivarse a los niveles más altos de complejidad médica que corresponde a los hospitales, progresión que termina en los hospitales Especializados de Alta Complejidad.

Para ello, el proyecto configura una Red Asistencial constituida por los profesionales, equipamientos, y otros recursos de salud organizados para el mejor y más eficiente cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad. La gestión de la Red Asistencial abarca los establecimientos orientados al manejo de situaciones de baja complejidad médica y alta complejidad social en la Atención Primaria, y los hospitales y centros especializados orientados al manejo de situaciones de mediana y alta complejidad.

La situación actual, definida a partir del perfil epidemiológico, requiere una estrategia de organización de los recursos de salud que fortalezca la Atención Primaria y especialice a los hospitales en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de enfermedad predominantes y se organice en red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de enfermedad.

En el mensaje que acompaña al proyecto de ley del Sistema Auge, se señaló la necesidad de instalar un nuevo modelo:

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

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

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

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

Hoy se requiere transitar desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y la medicina hospitalaria, hacia otro en que se busque establecer ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la comunidad en general, que junto con cambios en las conductas personales y la prevención sistemática, es la manera más cierta de mantener sana a la población y garantizar equidad en salud.

El cambio de estrategia es también necesario porque la experiencia internacional, en particular en los países desarrollados, demuestra que en las últimas décadas el gasto en salud experimentó un crecimiento constante, como proporción del producto interno bruto y que este crecimiento es de rendimiento decreciente en su impacto en la salud de la población, respecto de los gastos incurridos, en particular cuando se privilegia el acceso a la medicina curativa sin un desarrollo correspondiente de la promoción y prevención de la salud.

Por otra parte, hay numerosos estudios que señalan que una proporción considerable del incremento del gasto no es atribuible a acciones terapéuticas eficaces, sino más bien a lo que se ha denominado "medicina innecesaria", que es la inducción al consumo de prestaciones o medicamentos cuyo impacto positivo no

se ha demostrado con pruebas científicas.

En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención busca incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población como también en un control de los gastos, de manera que éstos tengan un costo/efectividad demostrable.

Junto con la instalación del nuevo modelo, se promueve el desarrollo de la medicina basada en pruebas científicas, que es el enfoque que en los últimos 20 años cobra mayor vigencia para evitar que las personas sean sometidas a procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y de otra naturaleza, para los cuales no existen pruebas científicas que corroboren su eficacia, existiendo en muchas ocasiones antecedentes que permiten señalar que los mismos producen efectos secundarios indeseables, nocivos y peligrosos y que en ocasiones redundan en mayores daños que la enfermedad que pretenden curar.

Todo lo anterior implica que la nueva estrategia produce cambios muy significativos en la práctica médica y, en particular, en la organización y gestión del sistema de salud.

Las modificaciones consideradas en este proyecto de ley buscan solucionar los principales problemas de gestión que hoy se enfrentan en los Servicios de Salud, dotándolos de capacidades suficientes para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad, que contiene el Sistema Auge y el Régimen de Garantías en Salud.

Para tal efecto, en primer lugar, se busca especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial.

Se busca que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

Para ello se dota al Director del Servicio de las atribuciones para organizar y coordinar estos establecimientos, enfatizando en la ley la necesidad de tener una preocupación particular por la mejoría de la

capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

En segundo lugar, se quiere profesionalizar la gestión de los Servicios. Para ello se propone que los directivos de los servicios, manteniendo su condición de funcionarios de confianza del Presidente de la República, ocupen esos cargos después de un proceso de selección público con requisitos de experiencia y capacidades acreditadas.

Dichos directivos, además, tendrán la obligación de dar cuenta pública semestral de su gestión y serán evaluados por su desempeño. Se contempla para ellos un mecanismo de incentivo en las remuneraciones, asociado al cumplimiento de metas. Con estas medidas se espera hacer más atractivo este tipo de cargos.

También el proyecto de ley agrega atribuciones y facultades que facilitarán la gestión de las redes asistenciales.

Así, se establece que el Director deberá dirigir y coordinar la ejecución de las acciones de salud de todos los establecimientos de su Red Asistencial, velando especialmente por el fortalecimiento del nivel primario de atención. En este ámbito, podrá destinar también parte de su personal a reforzar diferentes establecimientos.

Con estas modificaciones se busca reforzar la descentralización y autonomía de los Servicios de Salud y también los mecanismos para monitorear la gestión de sus autoridades, teniendo como eje la respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

3. Fortalecimiento de la Participación Ciudadana.

La ausencia de mecanismos de control social y rendición de cuentas, obviamente ausentes en la reforma de los ochenta, contribuyeron a que los problemas priorizados por los servicios de salud no coincidieran necesariamente con las necesidades de sus usuarios, con las consecuencias consiguientes en alto niveles de insatisfacción y listas de espera.

En relación con lo anterior, el proyecto de ley busca generar las instancias para hacer efectiva la participación ciudadana en la gestión del sistema de

salud y, para ello, además del Consejo del Sistema AUGE propuesto en el proyecto de ley del Régimen de Garantías en Salud ya enviado, se proponen diversos mecanismos de participación de la población usuaria.

VI. CONTENIDO DEL PROYECTO.

Revisados los supuestos, los objetivos y los fundamentos del proyecto de ley, corresponde que detallemos brevemente su contenido.

1. La Autoridad Sanitaria.

El proyecto entiende por Autoridad Sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional.

Su rol principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

La Autoridad Sanitaria residirá, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito.

Entre sus funciones se destacan: elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

La autoridad sanitaria regional que el proyecto diseña, se constituye separando de los Servicios de Salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales, que continúan estas últimas residiendo en el Director de Servicio, de las de autoridad. Éstas pasan a ser desempeñadas por el Secretario Regional Ministerial de Salud (Seremi), quien recibe por el proyecto todas las potestades que la ley le confiere a dichos directores, en relación con el ejercicio de la

Autoridad mencionada.

De este modo, por una parte, dicha separación se traduce en que los Servicios de Salud reformados no tendrán funciones de autoridad sanitaria, por lo que no ejercerán funciones de Rectoría ni Regulación. Se concentrarán sólo en la entrega de atención médica, siendo responsable de articular las redes de atención. Su grado de autonomía en el manejo financiero y de organización de las prestaciones estará asociado a un sistema de calificación permanente. La Autoridad Sanitaria Regional tendrá la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios.

Por la otra, dicha separación se traduce en que el Seremi, con nuevos poderes, además de apoyar al Intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas y solución de controversias.

Para asegurar comunidad de criterios y capacidad de respuesta, dicha autoridad será territorial y funcionalmente desconcentrada, con presencia en todas las regiones del país y utilizará normas y estándares de alcance nacional, definidos por la autoridad central.

2. Fortalecimiento de la Gestión de los Servicios.

a. La Red Asistencial.

El proyecto entiende por Red Asistencial, al conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal.

Además, podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema isapre y a toda la población en las acciones de Salud Pública.

b. Los hospitales de autogestión en red.

Asimismo, se contempla la existencia de Hospitales de Autogestión en Red.

Formarán parte de esta nueva categoría, aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutoria y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.

En relación a dichos hospitales, un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Los hospitales clasificados como "Hospital de Autogestión en Red", contarán, de acuerdo a la etapa en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

-Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo a la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.

-Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

-Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones

clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

-Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

-Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de Hospital de Autogestión en Red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizado por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

3. Participación ciudadana.

El tercer aspecto del proyecto es que propone la existencia de un Consejo Regional de Salud que colabore, con carácter consultivo, con el Secretario Regional Ministerial.

Asimismo, se contempla la existencia de un Consejo Consultivo del Servicio de Salud. Dicho organismo es concebido como un organismo colegiado, con representación de los usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Su función será conocer el Plan Anual de trabajo del Servicio de Salud, así como también su cuenta pública semestral, con capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de dicho Consejo.

Se pretende que el Consejo influya en lograr que las políticas del Servicio cuiden de las necesidades de los más vulnerables y se centren en las necesidades de los usuarios.

4. Delegación de facultades.

Finalmente, el proyecto de ley solicita a ese honorable Parlamento la facultad para que el Presidente

de la República dicte uno o más decretos con fuerza de ley, de modo de establecer todas aquellas disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley, y el buen desempeño de las instituciones involucradas.

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

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones al decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1. Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

2. Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo a la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

3. Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén entregadas a otros organismos.

4. Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5. Recopilar y generar información en materia de salud

y de gestión en salud.

6. Formular el presupuesto sectorial.

7. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema Auge", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8. Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

9. Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

10. Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia y eficacia.

11. Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

12. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

13. Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14. Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- La fiscalización que realice el Ministerio de Salud, la ejecutará a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud, la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y el Instituto de Salud Pública.

La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente calificados para cumplir tales funciones."

3) Sustitúyese el artículo 5° por el siguiente:

"Artículo 5°.- El Ministerio de Salud está integrado por el ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública; y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes."

4) Derógase el inciso final del artículo 6°.

5) Derógase el artículo 7°.

6) En el artículo 8°:

a) Reemplácense los incisos primero y segundo, por el siguiente:

"Artículo 8°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones, y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."

b) Derógase el inciso final.

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

A dicha Subsecretaría le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, salvo en las materias que sean de competencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales."

8) Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes

atribuciones:

a. Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema; y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho Sistema;

b. Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de una manera integral, eficiente y uniforme; y

c. Ejercer las demás funciones que le asignan las leyes y reglamentos.”.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras “el que deberá” y termina con la expresión “siguientes:”, por: “sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse.”.

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, y 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G, y 14 H, nuevos:

“Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por resolución del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo, cuyas funciones e integrantes, que no serán remunerados, se determinarán por decreto del Ministerio de Salud.

Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de

acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:

1. Representar al Ministerio de Salud en la Región.
2. Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.
3. Velar por el cumplimiento de las normas, planes y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región.
4. Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.
5. Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.
6. Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que le correspondan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7. Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.
8. Dictar las normas sanitarias de su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias, acreditar establecimientos y

fiscalizar la calidad de atención de salud en la región.

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Secretarios Regionales Ministeriales, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

9. Desempeñar las funciones y atribuciones que el Código Sanitario confiere a la autoridad sanitaria, excepto aquellas que por su naturaleza competan al Instituto de Salud Pública de Chile o a los Servicios de Salud.

10. Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente.

11. Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos, en especial respecto de las atribuciones que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n), del artículo 24, de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

12. Colaborar, a solicitud de la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos que se refieran al incumplimiento de garantías en salud, que escapen al ámbito de su competencia, especialmente cuando se trate de los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de los reclamos que pudieren efectuar ante la Superintendencia de Garantías en Salud y la

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Los procedimientos a que se refiere este numeral, deberán ser concordados con las mencionadas Superintendencias.

13. Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico administrativas, y

14. Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

En caso de conflicto, ya sea por la materia regulada o el ente fiscalizado, se resolverá en favor de la competencia del organismo fiscalizador que corresponda.

Artículo 14 E.- El Secretario Regional Ministerial podrá aplicar las siguientes sanciones, por incumplimiento de la normativa vigente que le compete fiscalizar:

1. Amonestación.
2. Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
3. Clausura.
4. Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
5. Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.

Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del organismo fiscalizado o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores,

asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas, deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, de los organismos fiscalizados o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella, dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el ministro de Salud, el cual dispondrá de 30 días para resolver.

Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial instruir sumarios administrativos al personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones

legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 a 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.".

12) Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:

"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

1. Los Servicios de Salud;
2. El Fondo Nacional de Salud;
3. La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
4. Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud; y
5. El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública.".

13) En el artículo 16:

a) Sustitúyese en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente.", por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente.".

c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:

"Su sede, territorio y población potencialmente beneficiaria serán establecidos por decreto supremo.".

14) Intercálase, a continuación del artículo 16, el siguiente artículo 16 bis, nuevo:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud, estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los resultados de su gestión y a los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los

usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red.”.

18) En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

“a) Dirigir la ejecución de las acciones de salud y coordinar, asesorar y controlar todos los Establecimientos que conforman la Red Asistencial, velando especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención;”.

b) Derógase la letra m).

c) Sustitúyese, en la letra n), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

“o) Disponer el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, sin limitación de tiempo;

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y”.

19) Sustitúyese el artículo 21, por el siguiente:

“Artículo 21.- La estructura y la organización interna de los Servicios serán determinadas en el reglamento.

Con todo, en dicho reglamento, se deberá contemplar la categoría de “Hospitales de Autogestión en Red”, la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, gestión y calidad.

En relación a dichos hospitales, un reglamento, que será también suscrito por el ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los

requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.”.

20) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos:

“Artículo 21 A.- Para ingresar al sistema de postulación como “Hospital de Autogestión en Red”, el establecimiento deberá tener, entre otros, los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la Red Asistencial a la cual pertenece, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos los cuales se deben expresar en la obtención de logros y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna, entre otras.

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sean equivalentes a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal, se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.

Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se

refiere el artículo 21 contarán, de acuerdo a la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo a la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

c) Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

El monto de recursos financieros asignados a este gasto, se determinará anualmente en una glosa de la ley de Presupuestos, en la Partida del Ministerio de Salud.

d) Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de Hospital de Autogestión en Red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizado por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

Mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, deberá revocarse la clasificación otorgada

cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo, serán determinados en el reglamento.”.

21) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: “del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960”, por la siguiente: “de la ley N° 18.834”.

22) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

“Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los pagos que efectúa el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que por disposición especial, o por acto

testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.”.

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra “ley” y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: “y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b), de dicho artículo”.

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción “y”, con que finaliza.

c) Intercálase, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

“e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, el Régimen de Garantías en Salud.

f) Conocer y resolver, de acuerdo a la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia de Garantías en Salud en la materia; y”.

24) Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

“k) Proponer a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;”.

25) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral “28” por el numeral “31”.

26) En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Derógase la letra l).

27) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960", por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

28) Sustitúyese el artículo 42, por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integran."

29) En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Derógase la letra f).

30) Sustitúyese el artículo 51, por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integran."

Artículo 2°.- Sustitúyese el artículo 5° del Código Sanitario, aprobado por el decreto con fuerza de ley N° 725, del año 1967, por el siguiente:

"Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código haga referencia a la autoridad sanitaria, se entenderá por ella el ministro de Salud o el Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda, o las personas en quienes deleguen sus funciones o atribuciones."

Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y

entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo a las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

- h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;
- i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítems y glosas presupuestarias que sean pertinentes;
- j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;
- k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;
- l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero transitorio.- Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de la presente ley.

Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud."

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República; OSVALDO ARTAZA BARRIOS, Ministro de Salud; NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN, Ministro de Hacienda".

INFORME FINANCIERO

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763,

DE 1979

Mensaje N° 81-347

Esta iniciativa legal contempla una nueva estructura sanitaria para el sector público de salud, que se ajusta a las exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Adicionalmente, propone nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

La nueva estructura del sector implica la clara separación de las funciones de autoridad sanitaria, residentes en el Ministerio de Salud y en los Secretarios Regionales Ministeriales (Seremi), de las funciones de atención médica, residentes en los Servicios de Salud. Así, el Seremi desarrollará a nivel regional todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas, y solución de controversias.

Consistentemente con la separación de funciones, existirán dos Subsecretarías, de Salud Pública y de Redes Asistenciales, respectivamente.

La estructura señalada se implementará mediante la reasignación de los recursos de la Partida Ministerio de Salud y las ganancias de eficiencia que el propio proyecto facilita. Para ello, se faculta al Presidente de la República para que, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por el Ministerio de Salud y suscritos por el ministro de Hacienda, establezca todas aquellas disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen funcionamiento de las instituciones involucradas.

Conforme a lo señalado, este proyecto de ley no presenta costo fiscal para el año 2002.

(Fdo.): MARIO MARCEL CULLELL, Director de

Presupuestos".