

INFORME DE LA COMISION DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece el Régimen de Garantías en Salud.

BOLETÍN N° 2.947-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República.

La iniciativa en informe ingresó a trámite legislativo el 24 de mayo de 2002; la Cámara de Diputados lo despachó el 15 de enero de 2003, iniciándose su tramitación en el Senado el 21 del mismo mes.

El Ejecutivo, mediante oficio de 13 de abril de 2004, declaró la urgencia para su tramitación y despacho, calificándola de suma.

A una o más de las sesiones en que se estudió este asunto concurrieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Senadores señores Edgardo Boeninger Kausel, Fernando Flores Labra y Jaime Gazmuri Mujica y el Honorable Diputado señor Francisco Bayo Veloso.

Se hace presente que, con fecha 2 de septiembre de 2003, la Comisión de Salud fue autorizada por la Sala para discutir el proyecto en general y en particular a la vez, en este trámite reglamentario de primer informe.

El Título IV incorporado al texto por la Comisión, "De la Responsabilidad en Materia Sanitaria", tiene carácter de ley orgánica constitucional, porque desarrolla para dicho ámbito las reglas de los artículos 4º y 42 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

Asistieron a las sesiones en que la Comisión estudió este proyecto las personas que a continuación se consignan:

Por el Ministerio de Salud, se hicieron presentes el Ministro de Salud, Dr. Pedro García Aspillaga, el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, don Andrés Romero Celedón y los abogados asesores del mismo Departamento don Eduardo Alvarez Reyes y don Tomás Jordán Díaz.

En representación del Ministerio de Hacienda, asistieron el Coordinador de Política Económica, don Marcelo Tockman Ramos y la asesora señora Consuelo Espinosa Marty.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, Dr. Hernán Sandoval Orellana, y por los asesores señoras Patricia Frenz Yonechi, Carolina de la Maza Pincheira, Verónica Vargas Lagos y señor Gianpiero Fava Cohen.

Asistieron en representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, el Superintendente, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal, don Ulises Nancuante Almonacid; el Jefe de Asesoría Jurídica, don Raúl Ferrada Carrasco, y el Jefe del Departamento de Estudios de la misma entidad, don Alberto Muñoz Vergara.

Don Pedro Pierry Arrau, abogado Consejero del Consejo de Defensa del Estado y Profesor de Derecho Administrativo en la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Valparaíso y Universidad de Chile.

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurrieron su Vicepresidente, don Andrés Tagle Domínguez; su Director Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y su Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

Como representantes del Colegio Médico asistieron el Dr. David Villena Pedrero; el asesor jurídico de esta asociación gremial, don Juan Carlos Bello Pizarro, y la asistente del asesor jurídico, doña Jessica Navarro Kobrinsky.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán, concurrió don Nicolás Figari Vial, y del Instituto Libertad y Desarrollo, don Sebastián Soto Velasco.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

Este proyecto de ley integra un conjunto de iniciativas legales que conforman la denominada Reforma de la Salud, integrado además por la relativa a la autoridad Sanitaria, ya convertida en ley N° 19.937; la de Instituciones de Salud Previsional, aprobada en general por el Senado, y la de Derechos y Deberes de los Pacientes, pendiente en la Cámara de Diputados. El proyecto en informe, de acuerdo con el texto aprobado por la Cámara de Diputados, tiene los siguientes objetivos específicos:

- Establecer un Régimen de Garantías en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.

- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.

- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados por el Estado, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.

- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Crear una Superintendencia de Garantías en Salud, que fiscalizará al Fondo Nacional de Salud en materia del Régimen de Garantías; en el ámbito privado, la fiscalización estará a cargo de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados consta de cincuenta y tres artículos permanentes, divididos en seis Títulos, y seis artículos transitorios.

El Título I, denominado “Del Régimen de Garantías en Salud”, comprende los artículos 1° al 17.

Estas disposiciones señalan como objetivo del proyecto regular el Régimen de Garantías en Salud, el que definen y enuncian, a la vez que describen los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, que son factores claves del referido Régimen.

Indican, además, que el citado Régimen será elaborado por el Ministerio de Salud, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria del país. Para esta tarea, el Ministerio contará con la colaboración del Consejo Consultivo y su resultado será aprobado por decreto firmado, además, por el Ministro de Hacienda.

Crean el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, estableciendo su composición y forma de integración, funcionamiento y atribuciones.

Establecen un plazo dentro del cual deberá revisarse el Régimen, indicando la modalidad de modificación y el término dentro del cual entrarán en vigencia las nuevas disposiciones.

Finalmente, determinan que serán receptores de los beneficios del Régimen de Garantías en Salud, tanto los beneficiarios de la ley N° 18.469, como los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, regidas por la ley N° 18.933

El Título II, Disposiciones Varias, comprende los artículos 18 al 21. Estas normas proponen modificaciones a las leyes N° 18.469 y N° 18.933, a la vez que puntualizan que diversas normas sobre atención médica curativa mantendrán su vigencia.

El Título III, que abarca los artículos 22 a 28, crea un “Fondo de Compensación Solidario”, que tiene por objetivo compensar entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, por concepto de ajuste de riesgos vinculados, al menos, a las variables sexo y edad de sus respectivos beneficiarios.

El Título IV, que comprende los artículos 29 a 34, crea un “Fondo Maternal Solidario”, cuya finalidad es proveer los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dan lugar el descanso de maternidad y el permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año.

A continuación, el Título V, integrado por los artículos 35 y 36, consagra un “Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario”, que tiene por objetivo beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones o pensiones imponibles.

Finalmente, el Título VI, que comprende los artículos 37 a 53, crea una “Superintendencia de Salud”.

Las disposiciones transitorias establecen el plazo y forma de puesta en marcha del primer Régimen de Garantías en Salud y de los diferentes Fondos y subsidios que crea el proyecto, y facultan al Presidente de la República para organizar la Superintendencia de Salud.

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

b) Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

f) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

g) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

h) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

i) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

j) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.

k) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.

l) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.

m) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.

n) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.

ñ) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

o) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.

p) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

q) Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos.

r) Ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

DISCUSION EN GENERAL

La discusión en general del proyecto se inició con diversas audiencias, en las que se escuchó el parecer del Ejecutivo y de las organizaciones y personas invitadas, en relación con el mismo.

El **señor Ministro de Salud**, Dr. Pedro García, inició su intervención exponiendo que la Reforma de la Salud se sustenta en determinados valores y principios, a saber:

- 1) Regulación legal del derecho a la salud, que permita a todas las personas contar con un mecanismo de protección social que garantice el acceso universal a una atención adecuada y oportuna.
- 2) Equidad en salud, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social, acceso a la atención en salud y mejores resultados de ésta, todo lo cual redundará en reducir las desigualdades.
- 3) Solidaridad en salud, asegurando a los grupos más vulnerables iguales garantías que las de los más favorecidos: los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada.
- 4) Eficiencia en el uso de los recursos.
- 5) Participación social en salud, lo que implica reconocer que los usuarios tienen derecho a que el sistema de salud les dé cuenta de la calidad, oportunidad y eficacia del servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

La Reforma, además, requiere ciertos apoyos sociales y sanitarios:

- 1) Debe dar satisfacción a las expectativas de una población cada vez más educada, consciente de sus derechos y con mayores expectativas.
- 2) Debe hacerse cargo del nuevo perfil epidemiológico del país y de los cambios demográficos que son consecuencias del envejecimiento progresivo de la población y de cambios en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo.
- 3) Debe revertir la obsolescencia del modelo de atención de salud, maximizando el impacto de las acciones de salud mediante el uso racional de los recursos, estimulando las intervenciones cuya eficiencia y eficacia

estén científicamente demostradas y coordinando los distintos niveles de atención.

- 4) Debe priorizar, con criterio sanitario, las necesidades en salud, atendidas las restricciones presupuestarias.

El señor Ministro informó que el total de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud alcanza a 10.301.069, y el de las Instituciones de Salud Previsional asciende a 2.809.658.

Explicó luego que el Plan Nacional de Salud está conformado por los objetivos sanitarios, las prioridades nacionales, las necesidades de las personas y los recursos del país.

Conforme a él se ha elaborado el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que es un conjunto formado por las acciones de salud pública, colectivas e individuales, y el Régimen de Garantías en Salud.

A su vez, el Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud. El Régimen establece, conforme a las prioridades sanitarias, las enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, que deberán otorgarse a los beneficiarios del sistema público, regulado por la ley N° 18.469, y del privado, regido por la ley N° 18.933.

Un conjunto priorizado de esas enfermedades, condiciones de salud y prestaciones gozará de Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, las que serán exigibles compulsivamente, si no se otorgan del modo en que están establecidas. Los obligados a las garantías serán los aseguradores: el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

La garantía de “acceso” implica el derecho a recibir las prestaciones en la forma y condiciones consagradas en el decreto respectivo. Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deben acceder a la Red Asistencial que les corresponda, en el nivel de Atención Primaria.

La garantía de “calidad” alude a los estándares basados en evidencia científica que deberán cumplir, tanto las prestaciones de salud como las condiciones de otorgamiento de las mismas por prestadores registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud;

La garantía de “oportunidad” fija plazos máximos para la entrega de las prestaciones de salud, sobre la base de criterios clínicos generalmente aceptados y posibles de cumplir; en caso de incumplimiento por causa no imputable al beneficiario, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional deberán ofrecer prestadores de una red alternativa, en un nuevo plazo.

Finalmente, la garantía de “protección financiera” se refiere a la proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurrirán al financiamiento de las prestaciones de salud y a la contribución máxima que se exigirá a los afiliados.

Todo lo anterior, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud establezca.

Respecto de las prestaciones que no tengan Garantías Explícitas, el Ministerio de Salud será el órgano encargado de dictar las normas e instrucciones sobre oportunidad para el sistema público. Dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de las referidas prestaciones, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales.

La elaboración y revisión del Régimen de Garantías Explícitas en Salud se ajustarán a criterios como magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria y su evolución probable; efectividad de las prestaciones necesarias para su control; infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; eficiencia de los aseguradores, Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional; costos asociados y su financiamiento, y valores sociales y culturales imperantes.

El procedimiento concebido para preparar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y para sus revisiones y ajustes periódicos, se inicia con una propuesta que hace el Ministerio de Salud al Consejo Consultivo que se crea para tales efectos en este proyecto. La propuesta se debe materializar en un decreto supremo, expedido por los Ministerios de Salud y de Hacienda. El Consejo se integra con personas de reconocida idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Continuó señalando el señor Ministro que el proyecto crea un Fondo de Compensación Solidario, que persigue alcanzar mayores grados de equidad en la asignación de los recursos, mediante su redistribución sobre la base del riesgo relativo de los individuos y las familias, en una perspectiva intergeneracional y sanitaria. Agregó que dicho Fondo tendrá por objetivo compensar entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud, por concepto de ajuste de riesgos provenientes, al menos, de las variables sexo y edad de los respectivos beneficiarios.

La iniciativa en informe, además, contiene un Título que enmienda las leyes N° 18.469 y N° 18.933, a fin de adecuarlas a los cambios que introduce la Reforma de la Salud, particularmente en lo que se refiere al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

El señor Ministro concluyó su exposición señalando que el primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud debería estructurarse sin la intervención del Consejo, a fin de que opere obligatoriamente a mediados de 2004, debiendo ser revisado anualmente durante los tres primeros años.

El **Honorable Senador señor Ruiz-Esquide** hizo presente que la iniciativa en informe plantea otorgar determinadas prestaciones de salud con garantía del Estado, las que podrán ser exigidas por sus beneficiarios, incluso judicialmente.

Sobre el particular, hizo presente que, debido a la insuficiencia de recursos y ante la imposibilidad de garantizar un acceso igualitario de todas las personas a la salud y, puntualmente, de otorgarles atención y tratamiento respecto de la totalidad de las enfermedades prevalentes, el proyecto constituye un paso en el sentido correcto.

No obstante, agregó, la pregunta recurrente discurre en torno a la situación de aquellas dolencias no comprendidas en el Régimen de Garantías. La respuesta podría ser que no pasará nada distinto de lo que acontece hasta ahora, lo cual significa que se atenderá a la mayor cantidad de casos posible. Sin embargo, y considerando la experiencia en los hospitales, conforme lo han manifestado los directores de establecimientos que han concurrido a la Comisión, la realidad puede obligar a reasignar personal y recursos, para reforzar el área cubierta por las garantías.

En consecuencia, expresó el Honorable Senador Ruiz-Esquide, la respuesta a esta interrogante, y la mejor forma de resolver los problemas que la misma envuelve, será uno de los principales motivos de reflexión y análisis para la Comisión y para los representantes del Ejecutivo. Al efecto, sugirió mitigar las diferencias existentes entre la respuesta frente a las enfermedades cubiertas por las garantías y las que no lo estarán.

Otra inquietud planteada por el mismo señor Senador fue respecto del estándar "calidad". Sobre el punto, señaló que se trata de un concepto que, asociado a la medicina, es difícil de precisar y, por consiguiente, manifestó su interés en abordar el tema oportunamente, en mayor profundidad.

Descartó como un falso dilema si se debe privilegiar una visión sanitaria o económica para encarar los problemas que plantea el proyecto. Afirmó categóricamente que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un tema sanitario y no económico y que la iniciativa legal en debate persigue generar un modelo de atención en salud que conjugue tres elementos:

1. Responder dando atención a todas las patologías que permita el modelo, lo que parte del supuesto de asignar mayores recursos.
2. Asignar prioridad a aquellas patologías que requieran de las garantías que asegura el Régimen; el ideal en este aspecto es que no existan exclusiones.

3. Ajustarse a las condicionantes económicas del modelo, que son: el marco presupuestario otorgado por el Ministerio de Hacienda; la integración y participación en el Consejo Consultivo de personas que por su formación aportan una visión económica, y la intervención del Ministro de Hacienda, quien debe estampar su firma en los decretos que establecen el Régimen.

La salud de las personas es un bien preeminente, lo que exige que a mayor riesgo se otorgue mayor cobertura. El modelo no es percibido como funcional por las Instituciones de Salud Previsional, señaló el señor Senador, en la medida en que incorpora el factor solidaridad.

Finalmente, planteó la conveniencia de implementar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en forma progresiva, ya que la prudencia y las carencias en materia de recursos y de gestión aconsejan focalizar el esfuerzo en un ámbito más acotado y manejable. Agregó que la primera etapa debería concentrarse en mejorar los niveles más deficitarios, a fin de elevarlos, generando de esta manera una racionalización de las listas de espera.

A continuación la **Honorable Senadora señora Matthei** hizo presente que, en materia de salud, las necesidades son enormes y los medios limitados. Frente a este problema, agregó, la Economía resuelve por precio y, en consecuencia, quien puede pagar recibe la atención y quien no puede hacerlo queda fuera del sistema. En el sistema público, continuó, el problema de recursos insuficientes versus grandes necesidades se resuelve a través de la espera por atención. Esta última solución es ineficiente, ya que no todas las enfermedades admiten espera, por lo tanto, es lógico que el Estado priorice algunas de ellas, en cuya pronta atención hay un mayor beneficio, en una perspectiva de salud pública. Los temas que preocupan a la gente son el costo financiero de la atención en salud, las listas de espera y los estándares de calidad de las prestaciones.

Agregó que, sin perjuicio de lo anterior, hay que hacerse cargo de los problemas que es posible prever.

En primer término, señaló que diferenciar por tipo de enfermedad para determinar si se otorga una atención prioritaria o no, parece extraordinariamente simplista, ya que existen otras variables, tales como la edad o la etapa de desarrollo de la enfermedad, que inciden en la obtención de mejores resultados, en la medida que permiten concentrar esfuerzos en el ámbito de la salud. Añadió que este criterio puede ser razonable si se considera que el objetivo de la iniciativa en análisis es focalizar los recursos disponibles para maximizar el número de años de buena calidad de vida de que puedan gozar las personas, pero que no lo es el ligar la decisión a un único elemento, en circunstancias que están involucrados diversos otros.

En la práctica, manifestó, las dos garantías importantes del Régimen, la oportunidad en la atención y la protección financiera, se aplicarán principalmente en el sector público. Una Prima Universal elevada provocará la migración de un segmento importante de usuarios del sistema privado al público,

en el cual probablemente sólo podrán optar por la Modalidad de Atención Institucional. Este efecto gravitará sobre la dignidad de las personas de clase media que se verán compelidas a trasladarse desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud. Además, un crecimiento masivo de la demanda puede hacer colapsar el sistema público u obligarlo a subcontratar la mayor parte de los servicios en el sector privado.

La señora Senadora manifestó que una forma de evitar el peligro que ha sido advertido por varios participantes en el debate, de desviar recursos AUGE al tratamiento de patologías no incluidas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y viceversa, sería separarlos en cuentas independientes.

El funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario, tal como está concebido en el proyecto, generará un flujo de recursos desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud que ha sido estimado entre \$ 15.000 y \$ 18.000 millones. El artículo que impide que el Fondo traspase recursos en la dirección opuesta es inaceptable, afirmó la señora Senadora.

Abundando en torno a este punto, manifestó que hay diferencias importantes entre el sector público y el privado, en cuanto a la naturaleza de la cotización de salud que se paga.

En el caso del primero, del sistema público, la cotización, el 7% legalmente obligatorio, se vincula únicamente con la renta o ingreso, sin considerar otra variable.

La cotización, en el caso del sector privado, en cambio, es el precio de un seguro, que se determina según la medida en que probablemente él se utilizará, considerando, sexo, edad, estado de salud, cargas familiares, etc. En la práctica, periódicamente opera un sistema solidario de compensación de riesgos al interior del subsistema: el asegurador compensa los valores efectivos que se apartan del valor esperado. En esta óptica, destinar parte de la cotización a financiar las prestaciones con Garantías Explícitas implica un pago adicional, por algo que ya se tiene incorporado al patrimonio; en otros términos, es un impuesto con destinación específica.

La auténtica solución discurre por la vía de otorgar un subsidio portable a la demanda. Igual que en los casos de la educación y la vivienda, las personas podrían elegir dónde, cuándo y con quién se atienden en materia de salud. Hoy en día, el Estado subsidia sólo a quienes están adscritos al sistema público. Por lo demás, argumentó, la cotización obligatoria de 7% era real cuando se creó el sistema, pero en la actualidad, en razón del aumento de costos originado por el progreso científico y tecnológico en el área de la salud, el nivel de equilibrio de la cotización debiera empinarse a una tasa del orden de 12%.

Entendiendo que un alza de tal magnitud no es viable, llamó a buscar soluciones intermedias. Una fórmula puede ser subsidiar la Prima

Universal en ambos sectores; otra es implementar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud de manera más lenta, en un plazo mayor; la tercera es crear mecanismos de solidarización de riesgos al interior a cada sector y no uno que los abarque a ambos y, por último, se puede concebir un Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el sector público, permitiendo que el privado se rija por las normas de la competencia en el mercado.

Hizo presente que la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, que ahora tiene carácter permanente, revisa los gastos, con miras a la refocalización de aquellos que no resulten necesarios. Ese escenario puede ser adecuado para una discusión a fondo de estos temas, que genere un consenso amplio en apoyo de las fórmulas de solución que allí se convengan.

Manifestó, asimismo, su inquietud frente a posibles diagnósticos equivocados que conduzcan a tratar a una persona por una enfermedad considerada prioritaria -con garantías explícitas-, que a la postre resulte ser una dolencia distinta, no garantizada, que da lugar a prestaciones de salud que tampoco están cubiertas por el Régimen. Al respecto, se preguntó si las garantías se comunican a otras dolencias relacionadas del paciente o si se aplica estrictamente el criterio de acotar la atención a las enfermedades del conjunto priorizado.

Otro problema sobre el cual la Honorable Senadora señora Matthei llamó la atención es el de la experiencia obtenida por las Instituciones de Salud Previsional en materia de enfermedades catastróficas, las cuales, al obtener una cobertura especial, vieron aumentar la demanda de atención a tasas muy superiores a las proyectadas sobre la base de estadísticas históricas. Lo anterior se debería a la tendencia, en un contexto de gratuidad, a optar por el tratamiento, sin la reflexión asociada al pago de las prestaciones. Recalcó que este punto se vincula con la inquietud manifestada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide respecto de lo que ocurriría con las enfermedades no cubiertas por las garantías. Concluyó haciendo presente que, aunque se utilice un financiamiento adicional, se puede producir un desplazamiento de recursos asignados al tratamiento de patologías no cubiertas.

El **Honorable Senador señor Ríos** expresó que la realidad social del país es diferente a la de hace algunas décadas; hay un porcentaje creciente de población en edad mayor y los indicadores de salud han mejorado, lo cual redundará en un cambio del perfil epidemiológico y genera demandas de atención en salud más complejas y más caras.

Añadió que la cotización para salud en el sector público es el único recurso fiscal aportado por los contribuyentes, en la administración del cual están excluidos de toda ingerencia. Diferente es el caso de la educación y la vivienda, ámbitos en los cuales nadie está obligado a cotizar y, sin embargo, existen subsidios portables a la demanda. No se entiende la razón por la cual el Ejecutivo no acepta aplicar en salud el mismo modelo.

Sugirió poner en marcha el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en forma limitada y progresiva, sin legislar aún sobre el particular, para contar con datos empíricos que hagan posible evaluar los resultados obtenidos y, eventualmente, llevar al ámbito normativo un modelo más afinado y probado.

El Honorable Senador señor Boeninger, a su turno, consideró inconveniente que se distinga tan tajantemente entre las enfermedades con Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y las otras. Al efecto, indicó compartir la preocupación frente a la probable utilización de fondos asignados al funcionamiento general del Régimen de Prestaciones de Salud para cubrir prestaciones garantizadas, y recalcó la necesidad de sincerar las prioridades sobre la base de criterios sanitarios, definiendo al mismo tiempo la forma de priorizar acertadamente. Todo lo anterior, indicó, demuestra la conveniencia de efectuar una distinción mucho menos tajante, de modo que el sistema de garantías tenga grados o matices.

Refiriéndose a los elementos que deben ser analizados y precisados al definir un sistema de racionalización basado en prioridades sanitarias, aludió a la gravedad de la patología; a las enfermedades relacionadas; a la situación de la tercera edad; a la falta de homogeneidad en la atención primaria a lo largo del país, la cual incide en la eficacia del diagnóstico necesario para determinar si se trata de una patología cubierta por la garantía, y al alcance del concepto "calidad".

Manifestó que el proyecto refleja un esfuerzo revolucionario encaminado a precisar un conjunto de prioridades sanitarias que sienten criterios para definir la política nacional de salud, de la cual no quedará excluido sector alguno de la población.

El mecanismo ideado para compensar los diferentes riesgos de los cotizantes y sus beneficiarios permitirá eliminar las discriminaciones basadas en sexo y edad que hoy día están presentes en el sistema. La circunstancia de que la población con mayores riesgos esté afiliada al Fondo Nacional de Salud se explica porque históricamente las Instituciones de Salud Previsional han trasladado al sector público esos compromisos, mediante lo que se denomina el "descreme" del mercado, quedándose con el sector de población que presenta la mejor relación entre riesgo y cotización.

Compensando las diferencias provenientes de sexo y edad se cumple el imperativo constitucional de asegurar a todos un acceso igualitario a las acciones de salud, concluyó.

Enseguida, el Honorable Senador señor Boeninger consultó respecto de la solución que se considera dar en relación con el precio del Régimen de Garantías Explícitas, haciendo presente que se trata de un punto especialmente sensible, ya que, si resulta ser muy bajo o demasiado alto, ello tendrá implicaciones significativas y muy diversas en cada caso.

Insistió en la necesidad de no asumir más compromisos que los que es posible cumplir y en la conveniencia de imprimir un carácter gradual a la puesta en marcha del nuevo Régimen, que permita al sistema público adaptarse a las tensiones que causará el proceso. Agregó que esta discusión no parte de cero y que el concepto de derechos y garantías en la materia ya ha sido incorporado en el acervo ciudadano, siendo necesario minimizar el riesgo de comprometer el erario fiscal efectuando un análisis concienzudo del tema de la responsabilidad por incumplimiento. En consecuencia, indicó, se trata de evitar que se planteen demandas excesivas o se forjen expectativas irreales, que se traduzcan en desconfianza de la población.

Finalmente, se refirió a eventuales ingresos para financiar el sistema, provenientes de las cotizaciones de trabajadores independientes. Señaló que ninguna proyección responsable puede considerar esta fuente de recursos en el momento actual, debido a que las dificultades aparejadas resultarían mayores que los beneficios. Agregó que los trabajadores independientes que no cotizan para salud tampoco lo hacen para seguridad social, de modo que se hace necesario buscar un mecanismo para estimularlos a cotizar en el sistema de salud, como paso previo para que puedan ingresar al sistema previsional.

El Honorable Senador señor Espina expresó que los partidos Renovación Nacional y Unión Demócrata Independiente son partidarios de un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, porque lo consideran justo y conveniente, así como de establecer una Prima Universal que lo financie. Están igualmente a favor de eliminar las diferencias de trato que afectan a mujeres en edad fértil y a personas de la tercera edad. Por eso valoran la propuesta del Ejecutivo en este sentido.

Sin embargo, la iniciativa de ley introducida para alcanzar esos fines es criticable en algunos aspectos.

En primer lugar, introduce un factor de desigualdad entre las personas afiliadas al sector público respecto de las que están en el sector privado, ya que estas últimas verán encarecido el costo de sus planes de salud en el precio del AUGE, en tanto que las primeras continuarán desembolsando el mismo 7% que pagan hoy, lo que constituye un subsidio encubierto. En otras palabras, elevando la cotización se obliga a las personas a emigrar desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud y se les coarta su derecho a elegir el sistema de salud a que deseen acogerse.

La solución de fondo, enfatizó, es otorgar a las personas un subsidio portable, para que ellas escojan, conforme les faculta la Constitución Política de la República, el sistema que más les acomode.

En rigor, explicó, desviar parte de la cotización a la formación del Fondo de Compensación Solidario puede adolecer también de inconstitucionalidad, en la medida en que se priva a los cotizantes de una parte de

la cotización que les pertenece, de la que no podrán disponer porque la ley lo ha hecho por ellos.

En vista de las dudas sobre la constitucionalidad que pesan sobre los artículos del proyecto que regulan el Fondo de Compensación Solidario y la Prima Universal, anunció que se abstendría en la votación de los mismos y que parlamentarios de su sector recurrirán al Tribunal Constitucional para que dilucide estos puntos. Simultáneamente, subrayó que tanto él como la Honorable Senadora señora Matthei han hecho importantes y leales esfuerzos para aportar al perfeccionamiento del proyecto y hacer posible su aprobación.

El **Honorable Senador señor Viera-Gallo** inició sus intervenciones manifestando la necesidad de clarificar expresiones empleadas en el proyecto, que inducen a confusión. Tal es el caso de los términos “Régimen de Prestaciones de Salud”, definido por el artículo 4º de la ley Nº 18.469, y “Régimen de Garantías en Salud” y “Garantías Explícitas en Salud”, empleados en la presente iniciativa.

Planteó también que, entre los puntos a dilucidar en esta discusión general, se encuentra el de fijar el momento en que una persona queda amparada por las garantías que consagra el proyecto y, más específicamente, si ello ocurre desde que se detectan los primeros indicios o sospecha clínica o si es necesario un diagnóstico confirmado. En el mismo orden de cosas, puntualizó que será preciso regular la oportunidad y forma en que el prestador estará obligado a comunicar al paciente que puede impetrar las garantías del Régimen.

Del mismo modo, interesa esclarecer si el Régimen de Garantías Explícitas en Salud se extenderá a enfermedades concomitantes con las patologías incluidas en él.

Consultó si el Ejecutivo está monitoreando el AUGE que ya se encuentra en ejecución, para detectar de qué forma se cumplen sus objetivos, lo que proporcionaría indicios importantes para la puesta en marcha del Régimen de transición y el definitivo.

También importa sobremanera, destacó el Honorable Senador señor Viera-Gallo, despejar lo relativo a las responsabilidades médica y del Estado en materia de acciones u omisiones en salud, y advirtió acerca de la conveniencia de sustraer los contratos de salud del ámbito de acción del SERNAC, tal como está propuesto en el proyecto de ley que modifica la ley Nº 19.496, sobre Protección de los Derechos de los Consumidores (Boletín Nº 2.787-03).

Puso énfasis en que la normativa que instaurará en el país el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es de carácter gradual y no obligatoria. De manera que la experiencia permitirá decidir si hay que incrementar o aminorar la velocidad del proceso, que incluso podrá suspenderse o detenerse, si los problemas que él genera superan los beneficios que aporta.

Por lo que respecta a las dudas de constitucionalidad planteadas en torno al Fondo de Compensación Solidario, manifestó que no hay tal, puesto que los cotizantes de ambos sistemas no conservan un derecho de propiedad sobre los aportes que integran al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional, cotizaciones que, por lo demás, no integran una cuenta de capitalización individual. Abundando en torno al mismo tema, señaló que no parece evidente que las Instituciones de Salud Previsional funcionen como una industria aseguradora, toda vez que los contratos que celebran con sus usuarios son de vigencia anual y pueden ser modificados unilateralmente por ellas.

Por último, acotó, la ley puede fijar hacia el futuro las condiciones en que se desenvolverán los contratos de salud entre privados, y regular la forma en que las personas ejercerán el dominio sobre sus bienes o derechos, consagrando las limitaciones y obligaciones que la función social aconseje imponer. En todo caso, desde que se ha anunciado un recurso ante el Tribunal Constitucional, dicho órgano jurisdiccional aparece como el escenario más apropiado para dilucidar estas cuestiones, concluyó.

El **señor Ministro de Salud** destacó que las inquietudes planteadas por los señores Senadores recaen precisamente en los temas que generan mayor controversia y que están siendo analizados en profundidad al interior de su equipo técnico. Recordó que, con la finalidad de facilitar la formación de acuerdos políticos amplios, que hagan viable la Reforma, se trasladó el Título relativo a la Superintendencia de Salud al proyecto sobre Autoridad Sanitaria y se ha suprimido de la presente iniciativa los Títulos relativos al Subsidio y al Fondo Maternal.

En primer término, expresó que no es posible reducir sólo a una cuestión de presupuesto decidir si se abordan o no ciertos desafíos, ya que también influyen poderosamente factores tales como el capital humano, la infraestructura y la tecnología disponibles. En ambos sectores existen recursos ociosos disponibles que deben aprovecharse; por ello, es previsible que ambos compren servicios al otro.

Existe la percepción de que los pacientes beneficiados con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud podrían postergar a otros. Sin embargo, hasta ahora sólo se han obtenido datos que confirman la tesis contraria.

El señor Ministro hizo presente que el tema de la gradualidad en la implantación del nuevo Régimen ha sido planteado al interior del Ejecutivo más de una vez, incluso por el Presidente de la República, y afirmó que este procedimiento debiera desincentivar una migración masiva desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud. Por lo demás, recordó que son numerosos los afiliados a las mencionadas Instituciones que se atienden en los establecimientos del sistema público. En los análisis predictivos hechos por el Ejecutivo se concluye que la Prima Universal que financiará las

Garantías Explícitas debiera influir a la baja en los precios de los contratos de salud del sector privado.

En cuanto al riesgo de dar a la atención de las patologías cubiertas por el Régimen el carácter de derechos, reclamables incluso judicialmente, el señor Ministro señaló que eso se mitigará mediante un diseño apropiado. Los riesgos no se concentrarán, recargando uno de los sistemas, si el gasto se focaliza sobre la base de evidencia médica, las prestaciones se basan en protocolos detallados y se pone el acento en la prevención y en el diagnóstico oportuno.

Por todo lo expuesto, se ha rediseñado y está en aplicación un sistema de monitoreo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud y de seguimiento de pacientes, porque esta es una herramienta fundamental para afianzar el éxito de dicho Régimen.

Frente a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto al procedimiento para exigir las garantías, el Ejecutivo expuso que, en primera instancia, se hará ante el Fondo Nacional de Salud o la respectiva Institución de Salud Previsional, según corresponda; si en dichas sedes no se resuelve, o la parte afectada no se conforma con lo resuelto, el asunto pasará a la Superintendencia, que lo zanjará mediante arbitraje o por resolución administrativa; siempre queda abierta la posibilidad de ocurrir ante la justicia, vía recurso de protección o demandando indemnización de perjuicios.

Enfatizó que el proyecto en particular, y la Reforma de la Salud, en general, constituyen una transformación profunda en el plano sanitario, que requieren cambios en los roles y actitudes de quienes intervienen en ella, sea como reguladores, como prestadores o como receptores de los servicios. De allí, entonces, que se haya intentado dotarla de un marco valórico caracterizado por la transparencia, la certidumbre y la solidaridad. El desarrollo de Chile en lo cultural, lo social y lo profesional permite pensar en un salto cualitativo en salud, tal como se hizo a mediados del siglo pasado.

El señor Ministro fue categórico al declarar que el Ejecutivo no es partidario de otorgar en salud un subsidio portable a la demanda, porque hay evidencia que demuestra que el costo individual del seguro, y el de las prestaciones, es mayor en el sistema privado, para resultados similares. Lo cual no obsta, aclaró, a que cada persona, en ejercicio legítimo del derecho que la Carta Fundamental le reconoce, elija libremente a cuál sistema desea adherir.

Respecto de las dudas de constitucionalidad surgidas en el curso del debate, en lo que se refiere al Fondo de Compensación Solidario, manifestó que las opiniones de expertos consultados por el Ejecutivo discurren en sentido contrario. Analistas del sistema sanitario chileno señalan como un defecto grave la ausencia de solidaridad. El Fondo está concebido para permitir flujos de dinero en ambos sentidos, porque la solidaridad opera hacia donde se produzcan mayores riesgos, sin atender otra consideración. Advirtió que falta equidad en un sistema que expulsa hacia el sector público de salud, vía aumentos en los precios,

a los adherentes que gastan más y a quienes aportan menos. Destacó que el proyecto propone un límite de 20% al copago de prestaciones dotadas de Garantías Explícitas, en tanto que el copago promedio en el sector privado es actualmente de 31%.

Finalmente, si hay estudios y argumentos en sentido contrario, solicitó que sean puestos a disposición de quienes participan en el debate, para discutir acerca de ellos.

Atendidas las dudas, prevenciones y reparos surgidos en el curso del debate, la Comisión decidió solicitar a la sala autorización para examinar también en particular el proyecto de ley, de modo de alcanzar un consenso sobre sus contenidos que hiciera factible la aprobación en general. Como se dijo al comienzo, el Senado accedió a la petición, en vista de lo cual se acometió la tarea de analizar la iniciativa en sus detalles.

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

Artículo 1°

Este artículo encabeza el Párrafo 1°, “Disposiciones Generales”, del Título I, “Del Régimen de Garantías en Salud”.

Su inciso primero consagra positivamente la regulación del Régimen de Garantías de Salud como objetivo del cuerpo normativo propuesto por el proyecto en informe.

A su turno, el inciso segundo explicita que dicho Régimen de Garantías constituye parte integrante del Régimen de Prestaciones en Salud definido por el artículo 4° de la ley N° 18.469, así como de las prestaciones debidas a los afiliados al sistema de Instituciones de Salud Previsional. La norma agrega que el Régimen de Garantías en comento, sumado a las acciones de salud pública, conforman el denominado “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo advirtió que el texto induce a confundir los conceptos de “régimen” y “sistema”, a la vez que denomina “régimen”, tanto a la regulación de las Garantías Explícitas en salud como al conjunto de prestaciones de salud establecido por la ley N° 18.469. Al efecto, precisó que las Garantías Explícitas tienen un carácter específico y, en cambio, el régimen aplicable a los cotizantes del Fondo Nacional de Salud, tiene alcance general respecto de los afiliados al sistema público.

La Comisión convino en eliminar el primer inciso, por estimarlo innecesario. Respecto del segundo, considerando las prevenciones efectuadas por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, acordó precisar su

redacción, reemplazando la alusión al Régimen de Garantías en Salud por otra a las Garantías Explícitas.

-El artículo fue aprobado, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 2º

Define el Régimen de Garantías en Salud. Al efecto, señala que se trata de un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

El Ejecutivo, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso eliminar la frase que sigue a continuación de "Plan Nacional de Salud". Fundó dicha proposición en que el mencionado Plan se encuentra definido en la ley Nº 19.337, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, siendo innecesario hacerlo nuevamente.

La Comisión concordó con el planteamiento anterior, sin embargo, estimó conveniente mantener la referencia a los "recursos de que disponga el país".

-El artículo y la indicación fueron aprobados, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El Presidente de la República, con fecha 6 de enero de 2004, formuló una nueva indicación al texto del artículo 2º, con el fin de reemplazar la frase "conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país" por la siguiente, precedida por un punto seguido: "Establecerá Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, cuyo propósito es mejorar el estado de salud de la población, actuando sobre las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad, mediante la realización de acciones de salud con demostrado efecto en la prevención de las enfermedades, la mejoría de la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados."

La Comisión acordó el rechazo de la indicación en comento, por considerar que la redacción ya aprobada es más clara y precisa que la que se propone en esta oportunidad.

-En atención a lo expuesto, la indicación fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 3°

El primer inciso dispone que el Régimen de Garantías en Salud deberá definir un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud, así como las prestaciones de salud asociadas a éstas, que contarán con Garantías Explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de las referidas prestaciones. Esta norma, además, impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional el deber de asegurar dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

El inciso segundo prescribe que, con el fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario ejercicio de las acciones de salud, el Ministerio de Salud deberá determinar las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se concedan a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que no se encuentren comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud. El mismo inciso agrega que, en lo referente a oportunidad, las citadas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para la concreción de las prestaciones, considerando los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que en el sector privado la garantía de oportunidad en la atención es una condición cumplida. De modo que el texto debe entenderse en el sentido de que habrá un conjunto de enfermedades y condiciones de salud que gozará de cuatro garantías y otro de tres.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, señor Andrés Tagle, manifestó que, en el caso de esas Instituciones, la ley respectiva, N° 18.933, no hace referencia a “prestaciones”, sino que éstas se pormenorizan en los contratos de salud que se celebran con los cotizantes.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que lo que se debe asegurar es que esas diferencias no sean arbitrarias, sino que respondan a criterios generales preestablecidos. En definitiva, dijo, preparar e implantar el conjunto de enfermedades y condiciones de salud que gozarán de Garantías Explícitas será labor del Gobierno, con la asesoría del Consejo Consultivo.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina indicó que, tras las críticas iniciales al proyecto AUGE, el Ejecutivo adoptó la decisión política de modificar su óptica y plantear que todas las enfermedades tienen un grado mayor o menor de priorización, según se incluyan o no en el decreto respectivo, pero todas, a la postre, están aseguradas.

Agregó que, en un país en desarrollo, como el nuestro, para garantizar la atención y tratamiento de ciertas enfermedades se debe

priorizar sobre la base de criterios de política sanitaria, lo que es realista y apunta en la dirección correcta.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger coincidió con el planteamiento anterior y agregó que se pretende garantizar un plan de salud, asegurando algunas prestaciones de una forma y otras de manera más profunda.

Añadió que, actualmente, existe un sistema de prioridades sanitarias implícitas, pero establecidas en cada caso por los médicos. En atención a lo anterior, agregó, el primer esfuerzo es definir, sincerar y coordinar las prioridades sanitarias. Indicó que siendo obvia la imposibilidad de otorgar a todo la misma prelación, es necesario establecer un marco de precedencias sanitarias y definir ciertas garantías, que se hacen explícitas con el fin de generar derechos exigibles por parte de los interesados.

La Comisión coincidió en la conveniencia de precisar los términos de este artículo, para despejar los reparos que él suscita.

Con fecha 15 de diciembre de 2003, el Presidente de la República formuló indicación a este artículo y propuso reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

“Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la prima universal para efectos de compensación a que se refiere el Título III de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior, podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Isapres, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley 18.933.”.

El señor Ministro de Salud indicó que, considerando las inquietudes que se han generado frente a la instauración de una posible asimetría entre las prestaciones garantizadas explícitamente y aquellas que no lo están, se ha intentado evitar las distinciones y regular el régimen de salud en su integridad.

Explicó que los incisos primero y cuarto del nuevo texto propuesto para el artículo 3° aluden a un Régimen de Garantías en Salud de carácter general, que abarca todas las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas que el Fondo Nacional de Salud debe brindar a sus cotizantes y beneficiarios.

Luego, el inciso segundo, señala que algunas de esas enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas gozarán de ciertas Garantías Explícitas, que estarán obligados a asegurar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, a todos sus usuarios.

El inciso tercero, aclara que no todo va a ser asegurado de igual manera, sino que podrán existir diferentes grados de protección, para distintas patologías y para distintos grupos de la población, sin discriminar entre los sectores público y privado.

Por último, el inciso final establece que, en materia de garantías de cobertura y protección financiera, las Instituciones de Salud Previsional tendrán que otorgar, como mínimo, lo que el Fondo Nacional de Salud asegura en la modalidad de libre elección.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide dejó constancia de que la concepción inicial del Régimen de Garantías Explícitas en Salud hacía posible que las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones no incluidas en ellas pudieran ser descuidadas y que la nueva propuesta se encamina en la dirección correcta, en el sentido de que aminora la brecha. Aclaró que el sistema quedará configurado por las acciones de salud pública, las Garantías Explícitas y las demás enfermedades, condiciones y prestaciones, que también serán objeto de la preocupación y la actividad del Estado, en un régimen diferente al explícitamente garantizado.

-La indicación fue aprobada, con modificaciones formales y de referencia, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículos 4° y 5°
(Pasan a ser artículo 4°)

El inciso primero del artículo 4° dispone que el Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados estándares de oportunidad, protección financiera y calidad. Lo anterior, sin perjuicio del acceso a las restantes prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

El resto de la disposición en comento señala la forma de definir cada una de las garantías asociadas a las prestaciones aseguradas por el sistema.

Es así como, el inciso segundo, precisa que la “oportunidad” a la que alude el inciso precedente habrá de definirse conforme a parámetros y criterios clínicos de aceptación general y cuyo cumplimiento sea posible.

En la misma línea, el inciso tercero se refiere a la “calidad”. Al efecto, señala que los estándares que la miden deberán considerar conocimientos basados en la experiencia científica existente respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y, además, deberán determinar las condiciones de otorgamiento de éstas.

El inciso cuarto agrega que la “protección financiera” deberá considerar, al menos, la condición socioeconómica del beneficiario, tipo de enfermedad o condición de salud, costo e impacto sanitario.

El inciso final eleva las garantías a la categoría de derechos exigibles por los beneficiarios, haciéndose presente que, respecto de estos últimos, no debe diferenciarse entre quienes tengan tal calidad por obra de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Enseguida, el artículo 5° aprobado por la Honorable Cámara de Diputados, consagra la definición, para los efectos de esta ley, de “acceso”, “calidad”, “oportunidad” y “protección financiera”.

La garantía de acceso se refiere al derecho a recibir las prestaciones de salud; la de calidad, al estándar que ellas deben cumplir y a las condiciones de otorgamiento de las mismas; la de oportunidad, al plazo máximo en que deben otorgarse, y la de protección financiera, a la proporción en que los aseguradores deben concurrir a financiarlas. Todo lo anterior, en la forma y condiciones que establezca el Régimen de Garantías en Salud.

Destacó la Honorable Senadora señora Matthei que la única garantía que pesa como obligación sobre los aseguradores es la de protección financiera, ya que las otras recaen sobre los prestadores.

El señor Ministro de Salud aclaró que habrá que modificar estos preceptos, pues es indispensable que los aseguradores cuenten con redes de prestadores que doten de eficacia a las garantías de acceso, calidad y oportunidad.

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, formuló indicación a estos artículos, proponiendo su reemplazo y fusión en otro, del siguiente tenor:

“Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado en la Superintendencia de Salud.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero, salvo fuerza mayor, caso fortuito o por causa imputable al beneficiario; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud garantizadas, la que quedará determinada por la contribución máxima que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale. Asimismo, se podrá establecer un monto máximo a la suma de los pagos que efectúe el afiliado en un periodo determinado.

Con todo, para los efectos previstos en el inciso cuarto del artículo anterior, las normas de acceso, calidad y oportunidad se referirán a la

forma y condiciones en que se otorgarán dichas prestaciones, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que la norma que enuncia el contenido de la garantía de oportunidad parece sólo aplicable en las grandes ciudades, porque en localidades pequeñas o apartadas no hay suficientes prestadores. Sobre el mismo particular, advirtió que debiera consagrarse un recurso para reclamar por la falta de oportunidad antes autoridades o entidades que sean efectivamente cercanas a los usuarios.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó si la garantía de protección financiera en lugar de estar asociada al ingreso, no debiera estarlo a las enfermedades y condiciones de salud.

El Honorable Senador señor Espina advirtió que la publicidad del AUGE pregonaba que el copago de los usuarios no excedería el 20% del valor de la prestación, aspecto tan relevante que debe ser consagrado en la ley.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional expresó que la vinculación del copago con el ingreso es muy importante para el control de los costos del sistema. De otro modo, se incentiva una demanda excesiva de los grupos socioeconómicos medio y alto. Recordó que, cuando se superan ciertos niveles de gasto, opera el seguro para enfermedades de costo catastrófico.

El doctor Hernán Sandoval explicó que, en el sector público, el copago varía en función de la cotización y ésta, a su vez, depende del nivel de ingreso. Además, opera conjuntamente un tope máximo de copago, también asociado al ingreso.

Con fecha 30 de marzo, el Ejecutivo formuló una nueva indicación, destinada a reemplazar la letra d) del artículo 4º, en comento, por la siguiente:

“d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. Con todo, se podrá establecer un monto máximo a la suma de los pagos que efectúe el afiliado en un período determinado, en función de su cotización o de su ingreso mensual o el de su grupo familiar y del número de beneficiarios que de él dependan, y un mínimo absoluto, que podrá expresarse en número de salarios mínimos.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el inciso anterior a las personas pertenecientes

a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo a las normas establecidas en el título IV de la ley N° 18.469.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional podrán pactar con sus afiliados mejores condiciones en sus contratos.”.

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó que no corresponde hacer referencia al ingreso familiar porque, si hay otras personas del grupo que tienen entradas, ellas están obligadas a cotizar separadamente. La ley debiera, en todo caso, fijar el mínimo absoluto de esta obligación de los beneficiarios.

Respondiendo a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo, el abogado del Ministerio de Salud, señor Andrés Romero, aclaró que el proyecto en informe no altera en lo más mínimo la protección financiera que la ley del Fondo Nacional de Salud otorga a los indigentes y a las personas de escasos recursos clasificadas en los grupos A y B del artículo 29 de la ley N° 18.469. Ello queda reafirmado, añadió, por el artículo 30 bis, nuevo, que este proyecto agrega al cuerpo legal recién citado¹.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide coincidió con lo anterior, puntualizando que, en el caso de los indigentes y personas sin recursos la protección alcanza al 100% del valor de las prestaciones, y agregó que la filosofía del sistema en estudio supone que quienes tengan medios paguen, en la medida posible, porque tampoco se puede dejar de tratar una patología porque no hay recursos.

La asesora del Ministerio de Hacienda, señora Consuelo Espinosa, explicó que el literal en estudio fija un límite máximo, que es el 20%. Dentro de ese marco, el decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud determinará el copago de los usuarios, en cada oportunidad. Recordó que otras tres leyes han adoptado el modelo del ingreso familiar, cuales son, la que subvenciona deudas habitacionales, la que establece pensiones asistenciales de invalidez y la del crédito universitario.

El doctor Hernán Sandoval acotó que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud considera los medicamentos entre las prestaciones garantizadas, conforme a los protocolos respectivos.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional informó que el sistema privado opera con dos parámetros: el copago pactado en el contrato de salud y el límite fijado para que opere el seguro que cubre las enfermedades de costo catastrófico. Esto se traduce en que el afiliado, en definitiva, contribuye a financiar su gasto en salud con dos rentas, en un período bianual.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consideró excesivo exigir a las personas que destinen una parte tan significativa de su

¹ Corresponde al número 5 del artículo 35 del proyecto propuesto al final.

ingreso al gasto en salud y estimó que tal contribución no debería exceder de 10% de la renta anual. La ley deberá señalar montos mínimos y máximos y porcentajes que sean justos para las circunstancias actualmente vigentes en Chile, concluyó.

Desde otro punto de vista, el Honorable Senador señor Espina hizo presente que, salvo las excepciones que favorecen a indigentes y personas sin ingresos, siempre debiera haber copago, como un modo de desincentivar la demanda excesiva o injustificada que gravita sobre el sistema sanitario.

El párrafo final de la letra d) propuesta fue eliminado por innecesario. Además, atendidas las variadas dudas puestas en evidencia en el curso del debate, se suprimió la oración final del primer párrafo, relativa a mínimo y máximo de los copagos, para analizar y resolver este punto con mayor detención, en el segundo informe.

Párrafo 2º

De la Elaboración del Régimen de Garantías en salud.

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso modificar la denominación original del Párrafo 2º y designarlo en lo sucesivo como “De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículos 6º y 7º

(Pasan a ser artículos 5º al 13)

El artículo 6º entrega al Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, la elaboración y revisión del Régimen de Garantías en Salud, el cual deberá ser aprobado por decreto supremo del mismo Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo agrega que el Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, deberá fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que sean necesarias para la ejecución y cumplimiento del Régimen.

El inciso tercero dispone que un reglamento determinará el procedimiento de elaboración del Régimen e indica las etapas mínimas que deberá cumplir.

El inciso cuarto añade que dicho reglamento también deberá considerar la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud, la Prima Universal, un índice de siniestralidad y un modelo de compensación de riesgos que considere, al menos, las variables sexo y edad. Los cálculos deberán

ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Finalmente, el inciso quinto dispone que, teniendo en cuenta los cálculos previamente aludidos, un decreto conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda determinará el valor de la Prima Universal y un modelo de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Enseguida, el artículo 7° asigna al Ministerio de Salud la función de elaborar la propuesta del Régimen de Garantías en Salud -que será sometida a la opinión del Consejo Consultivo- y le impone la obligación de considerar en tal cometido la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria nacional, presente y futura; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de salud Previsional; el costo asociado a este proceso; su sustentabilidad financiera, y los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

El Presidente de la República formuló dos indicaciones, una de fecha 30 de marzo y otra, que reemplaza en parte la anterior, de 5 de abril de 2004, que inciden en estos artículos, para reemplazarlos por los que se describen a continuación, respecto de los cuales se consignará el debate y decisión de la Comisión.

El artículo 5° propuesto por la indicación presidencial entrega la elaboración del Régimen de Garantías en Salud al Ministerio de Salud, precisando que, para ello, deberá actuar de acuerdo con el procedimiento establecido en la presente ley y su reglamento. La disposición agrega que el Régimen deberá ser sancionado por decreto supremo del mismo Ministerio, suscrito también por el Ministro de Hacienda.

-La indicación fue aprobada, con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 6° propuesto por la indicación impone al Ministerio de Hacienda, en la etapa inicial del proceso de definición del conjunto priorizado con Garantías Explícitas, la determinación del marco presupuestario para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud, y el valor de la Prima Universal al cual deberá ajustarse.

La Comisión aprobó la indicación, con modificaciones, en los siguientes términos:

“Artículo 6°.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los

recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.”.

Además de mejorar la redacción de la disposición, se precisa que el conjunto priorizado al que alude la propuesta del Ejecutivo se refiere al conjunto de enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas a las mismas que se encuentran garantizadas en forma explícita.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 7º propuesto por la indicación del Ejecutivo, es del siguiente tenor:

“Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de enfermedades y problemas de salud con Garantías Explícitas a incorporar al régimen considerará el desarrollo de estudios con el objeto de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud y las preferencias sociales de la población chilena, como asimismo la efectividad de las intervenciones y, cuando sea posible, su costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas y estudios cualitativos sobre las preferencias sociales, de demanda potencial, y de la capacidad de oferta del sistema de salud chileno.”.

La Comisión acordó acoger la propuesta formulada por el Presidente de la República, corrigiendo su redacción, en aras de una mayor claridad y precisión. Asimismo, convino en eliminar las frases que hacen referencia a “las preferencias sociales de la población chilena” y a los estudios cualitativos relativos a dichas preferencias, por las dificultades envueltas en dar un contenido preciso a las mismas, e incorporar leal concepto de que las intervenciones deben contribuir a extender la vida de las personas o a mejorar su calidad, entre los elementos que deben considerarse para elaborar el listado al que se refiere la norma en análisis.

En consecuencia, la disposición en análisis fue aprobada en los siguientes términos:

“Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.”.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 8º propuesto por la indicación, en su inciso primero, dispone que, teniendo en cuenta los estudios señalados por el artículo precedente, se seleccionará un conjunto de enfermedades y problemas de salud susceptibles de ser incorporados al Régimen de Garantías Explícitas. La norma agrega que, con posterioridad, se investigarán las intervenciones destinadas a prevenir, tratar o rehabilitar el daño causado por dichas patologías, debiendo considerar la experiencia y la evidencia científica, tanto nacional como extranjera.

El inciso segundo agrega que se elaborará un listado de patologías con las intervenciones pertinentes, ordenadas conforme al grado de evidencia sobre el beneficio de tales intervenciones, descartándose aquellas en que no aparezca fundamentado que las intervenciones disponibles se traducirán en un beneficio para la sobrevida o la calidad de vida de los afectados.

Finalmente, el inciso tercero dispone que se deberá estimar el costo de incorporar las intervenciones al Régimen, señalando que, para ello, se evaluará el conjunto de intervenciones seleccionadas, se analizará la capacidad de oferta de los sectores público y privado y se estimará la demanda potencial de dichas intervenciones, incluyendo la cuantificación de posibles listas de espera.

El artículo 9º, en su inciso único, dispone que, teniendo como base toda la información señalada en el artículo anterior, se elaborará una propuesta de listado jerarquizado de problemas de salud con sus intervenciones. Dicho listado deberá indicar las variables consideradas en la priorización y el mecanismo utilizado para efectuar la asignación de prioridades. A lo anterior se adjuntará un expediente de cada uno de los problemas de salud incorporados, en el cual figuren todos los antecedentes recogidos durante la investigación.

La Comisión acordó recoger las ideas centrales de ambas normas y refundirlas en una única disposición, en los siguientes términos:

“Artículo 8º.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevida o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.”.

-La indicación del Ejecutivo fue aprobada, en la forma recién consignada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La indicación formulada por el Presidente de la República, propone como artículo 10 una norma que, en su inciso primero, establece que deberá convocarse a un estudio, dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud, destinado a certificar el costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con Garantías Explícitas.

El inciso segundo agrega que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional participarán en el proceso, en la forma y condiciones que disponga esta ley y el reglamento, debiendo proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones en que la requiera el Ministerio de Salud.

La Comisión acogió el artículo propuesto y acordó reemplazar la alusión a un “proceso de certificación del costo”, por otra a un “proceso de verificación” del mismo, por considerar que se trata de términos más apropiados para precisar el sentido y alcance de la disposición en análisis.

Cabe señalar que, como consecuencia de las modificaciones sufridas por el articulado, la presente norma se consultará como artículo 9º.

-La indicación fue aprobada, con la modificación señalada y otras correcciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 11 propuesto por la indicación del Presidente de la República, en su inciso primero, señala que, con el fin de efectuar el estudio mencionado en el artículo precedente, el Ministerio de Salud convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales. Dicha convocatoria se realizará a través de resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplia circulación nacional e internacional y se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, en lo no regulado por ella, por lo dispuesto en la ley N° 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

El inciso segundo precisa los elementos que las bases administrativas y técnicas deberán considerar.

Como consecuencia de las modificaciones sufridas por el texto, esta disposición será consultada como artículo 10.

-La indicación fue aprobada, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 12 propuesto por el Presidente de la República mediante su indicación de 5 de abril de 2004, impone a los Ministerios de Salud y de Hacienda la obligación de realizar una propuesta que considere los resultados del estudio, la que se someterá a la consideración del Consejo Consultivo, que se crea más adelante.

La Comisión acordó acoger la indicación con modificaciones, agregando que, una vez cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el que le sigue, los Ministros de Salud y de Hacienda deberán proceder a dictar el decreto que aprueba el Régimen de Garantías en Salud, al que alude el artículo 5º de este proyecto.

Esta disposición será consultada como artículo 11, como consecuencia de las modificaciones sufridas por el texto.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones explicadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Acto seguido, se consideraron los artículos propuestos como 21 y 22 en la indicación presidencial de 30 de marzo.

El artículo 21 establece un límite a las modificaciones que experimente el valor de la Prima Universal, resultantes de variaciones en el Régimen de Garantías en Salud.

Sobre este particular, la norma señala que las modificaciones a la Prima Universal no podrán exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga el Régimen o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Como consecuencia de las enmiendas introducidas al texto, la Comisión acordó incorporar la presente norma como artículo 12, ajustando, cuando corresponda, su texto a la nomenclatura uniforme adoptada, en el sentido de referirse a la Garantías Explícitas en Salud, en lugar de aludir al Régimen de Garantías en Salud, que comprende otros elementos adicionales.

-La indicación fue aprobada, con los cambios señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El inciso primero del artículo 22 propuesto por la indicación del Presidente de la República, impone al Fondo Nacional de Salud y a

las Instituciones de Salud Previsional la obligación de informar a la Superintendencia de Salud, en forma periódica, los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen.

Su inciso segundo agrega que dicha información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

La Comisión acogió la indicación, modificando el artículo exclusivamente en cuanto reunió ambos incisos en uno solo. Convino, además, en consultar esta disposición como artículo 13.

-La indicación del Ejecutivo fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

Párrafo 3º

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso el reemplazo del epígrafe anterior, por el siguiente: "Del Consejo Consultivo".

-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 8º

(Pasa a ser artículo 14)

Crea el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud como un organismo de carácter técnico, asesor del Ministerio de Salud en todas las materias vinculadas al análisis, evaluación y revisión del Régimen.

El Presidente de la República, con fecha 31 de diciembre de 2003, formuló indicación al presente artículo, proponiendo su reemplazo por el siguiente:

"Artículo ...- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, para lo cual deberá ser convocado en el último año de vigencia de éste."

La Comisión debatió sobre la conveniencia de establecer que el Consejo deba ser convocado en el curso del último año de vigencia del Régimen. Sus miembros coincidieron en que la convocatoria es una prerrogativa propia del Ministro de Salud, quien procederá a efectuarla en todos aquellos casos en que la ley requiera la intervención del Consejo o cuando el mismo Secretario de Estado lo estime necesario.

En atención a lo anterior, se acordó reemplazar la frase final, que sigue a la palabra “Salud”, por un inciso segundo del siguiente tenor: “El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.”.

Como consecuencia de las modificaciones introducidas en el texto, esta disposición será consultada como artículo 14

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículo 9°
(Pasa a ser artículo 15)

Regula la integración del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, las características, representatividad, duración en el cargo y proveniencia de sus miembros.

En efecto, el inciso primero dispone que el Consejo se integrará por nueve miembros de reconocida idoneidad en el ámbito de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo indica que los consejeros serán elegidos por el Presidente de la República, entre los candidatos que conformen la terna que al efecto proponga el Ministro de Salud. Dos de estos candidatos serán designados representando a sociedades científicas del área de la salud; dos deberán ser o representar a decanos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado, y dos deberán ser o representar a decanos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

El inciso tercero señala que los consejeros no percibirán remuneración alguna por su desempeño y ejercerán el cargo por tres años, prorrogables por una única vez.

Finalmente, el inciso cuarto entrega la coordinación del funcionamiento del Consejo a un Secretario Ejecutivo, designado por el Ministro de Salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo recalcó la importancia del Consejo, considerando que dicho organismo es el encargado de asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, y postuló como alternativa que sus miembros sean elegidos por las entidades que representan, en lugar de ser designados por el Presidente de la República.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Espina, quien manifestó su inquietud por el hecho de que el Consejo esté integrado mayoritariamente por representantes del mundo académico, por lo que propuso incluir a personeros de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, así como de los Servicios de Salud, quienes podrán aportar una perspectiva basada en la experiencia.

El Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud, doctor Hernán Sandoval indicó que, con ocasión del primer trámite constitucional, la Cámara de Diputados debatió el punto y optó por dar un cariz netamente técnico al Consejo, evitando que se integren al mismo representantes de grupos de interés y teniendo como referente ejemplar al Consejo Consultivo de la Comisión Nacional del Medio Ambiente.

El señor Ministro de Salud agregó que se resolvió integrar el Consejo con académicos de nota, respetados por sus pares y que aporten una visión técnica sin compromisos con grupos de interés. Hizo ver que, sin perjuicio de lo anterior, no se debe perder de vista que se trata de un organismo asesor y que las decisiones y, por consiguiente, las responsabilidades políticas, se radicarán en los Ministros de Salud y de Hacienda.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide concordó con lo expuesto por el señor Ministro y precisó que el Consejo debe mantenerse como una entidad netamente técnica, no requiere de presencias corporativas y debe centrarse en aportar una visión sanitaria para las decisiones que la autoridad está llamada a adoptar respecto de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Asimismo, concordó con el Honorable Senador señor Viera-Gallo, en cuanto a que debe potenciarse la autonomía del Consejo mediante la elección de sus miembros o su designación en forma independiente de la voluntad del Presidente de la República.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que, para un buen resultado, se requiere que este Consejo trabaje en forma intensa, por lo cual manifestó su preocupación por el hecho de que se trate de funciones no remuneradas y que se considere en su integración a decanos universitarios, quienes son personas muy ocupadas y con residencia en distintos puntos del país. Como alternativa propuso remunerar a los consejeros y ampliar el espectro de posibles candidatos, incluyendo a quienes, sin tener la calidad de decano, cuenten con la confianza de las facultades de medicina y economía que los designarían.

Con fecha 15 de diciembre de 2003, el Ejecutivo, recogiendo los planteamientos efectuados en el seno de la Comisión, formuló indicación para reemplazar el artículo en debate por otro del siguiente tenor:

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

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1) Dos representantes de sociedades científicas del área de la salud, elegidos por éstas conforme al reglamento.

2) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4) Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5) Dos miembros elegidos por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones con derecho a voz los Ministros y Subsecretarios que así lo estimen, o sus representantes.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”.

Posteriormente, con fecha 6 de enero de 2004, el Presidente de la República formuló otra indicación proponiendo, esta vez, una nueva redacción para la norma en comentario, la que innova respecto de la anterior en los siguientes aspectos:

-reemplaza a los dos representantes de sociedades científicas del área de la salud, por un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta, y

-aumenta a tres los miembros del Consejo elegidos por el Presidente de la República.

Al analizar las indicaciones, la Honorable Senadora señora Matthei propuso eliminarla alusión a la consideración que el Presidente debería tener respecto de la representación regional, para efectuar las designaciones que le competen. Sin embargo, desistió de ello al escuchar la explicación del señor Ministro sobre el particular, que invocó las diferentes realidades y perspectivas de las Regiones en relación con Santiago, en el ámbito del acceso a prestaciones de salud, que aconsejan incluir una disposición como la que se analiza.

Enseguida, el señor Ministro explicó que se optó por reemplazar a los dos representantes de las sociedades científicas del área de la salud por uno de la Academia Chilena de Medicina, debido a que ésta última – además de ser un organismo establecido por ley- reúne a profesionales de la medicina de distintos ámbitos y especialidades, por lo que se la consideró más representativa de la comunidad científica nacional, en el campo de la salud.

La Comisión acordó aprobar la indicación del Ejecutivo, con las siguientes modificaciones:

-en el N°5) reemplazó la palabra “elegidos” por “designados”, considerando que dicho verbo es más adecuado a la naturaleza de las facultades que inviste el Presidente de la República, y

-en el inciso cuarto, acordó restringir el derecho de asistencia a las sesiones del Consejo, sólo a los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Finalmente, cabe hacer presente que este precepto será consultado como artículo 15.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas y otras de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Páez y Viera-Gallo.

Artículos 10 y 11
(que pasan a ser Artículo 16)

El inciso primero del artículo 10 impone al Consejo la obligación de emitir opinión fundada al Ministro de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud propuesto. El Ministro deberá considerar la opinión emitida por el Consejo y elaborar un informe fundado sobre el particular, que deberá enviar a aquél.

El inciso segundo agrega que, con el fin de cumplir con este cometido, el Consejo deberá contar con los estudios y antecedentes técnicos

proporcionados por el Ministerio de Salud, sin perjuicio de lo cual se le faculta para solicitar, a través del mismo Ministerio, otros antecedentes complementarios.

Enseguida, el artículo 11 del texto aprobado por la Cámara de Diputados dispone que un reglamento regulará el funcionamiento del Consejo y el procedimiento de evaluación del Régimen de Garantías en Salud, señalando las materias mínimas que deberán ser reguladas.

El Ejecutivo, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, refundió estos artículos y propuso reemplazarlos por el siguiente:

“Artículo ...- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta, debiendo consignar las opiniones de mayoría y minoría. Dicho informe será considerado por la autoridad en la definición final, debiendo remitir un informe fundado al Consejo.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta de acuerdo al marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo, el quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.”.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Posteriormente, el Presidente de la República formuló, con fecha 6 de enero, una nueva indicación, destinada a reemplazar el inciso primero por el siguiente:

“Artículo ...- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta, la que será considerada por la autoridad en la definición final.”.

La Comisión acordó acogerla, reemplazando la frase que sigue a continuación de la palabra “propuesta”, por la frase “a que se refiere el artículo 11”. Se adoptó esta decisión considerando que la redacción de la frase reemplazada inducía a error, por cuanto podía estimarse que la autoridad debe considerar obligatoriamente la opinión del Consejo, en circunstancias que ella no es vinculante para el Ministro de Salud.

Asimismo, convino en agregar un inciso segundo, nuevo, que dispone que el Consejo dará su opinión respecto de todas las materias en que sea requerido por el Ministro.

Cabe señalar que, considerando las modificaciones sufridas por el texto del proyecto, esta disposición será consultada como artículo 16.

-En consecuencia, la indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Páez y Viera-Gallo.

Párrafo 4º

De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar el epígrafe de este Párrafo por el siguiente: “De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.”.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículo 12

(Pasa a ser artículo 17)

El inciso primero establece que deberá hacerse una revisión periódica del Régimen, cada tres años. Excepcionalmente, y por circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes del referido plazo.

El inciso segundo señala que las modificaciones incorporarán gradualmente los problemas sanitarios priorizados, para entrar en vigor, por regla general, después de sesenta días, contados desde la publicación del decreto respectivo.

El inciso final dispone la prórroga del Régimen aprobado que no sufra modificaciones dentro del plazo contemplado por el inciso primero.

El Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, formuló indicación destinada a reemplazar este artículo por el siguiente:

“Artículo- Las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y sus posteriores modificaciones, entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial y no podrán afectar los derechos que establece esta ley. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en el párrafo 2º y 3º de este título.”.

El señor Ministro de Salud informó que el inciso primero contempla un plazo de seis meses para la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, debido a que las normas de adecuación de los contratos del sistema privado están siendo incorporadas en la modificación de la ley de Instituciones de Salud Previsional.

La Comisión, estimando que la frase “y no podrán afectar los derechos que establece esta ley” resulta innecesaria, acordó eliminarla.

Asimismo, acordó reemplazar, en el inciso tercero, la referencia a las “circunstancias calificadas”, que pueden dar lugar a la modificación anticipada del Régimen de Garantías en Salud, por otra, que alude a “circunstancias especiales”.

Cabe consignar que, como consecuencia de las decisiones adoptadas por la Comisión, la presente disposición será consultada como artículo 17.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Párrafo 5º

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

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar el epígrafe de este Párrafo por el

siguiente: “De la Obligatoriedad en el Otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”.

La Comisión, considerando que la proposición aporta claridad y precisión al texto del proyecto, aprobó la indicación.

-La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículo 13
(Pasa a ser artículos 18 y 19)

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de dar cumplimiento a las garantías otorgadas por el Régimen regulado por el presente proyecto, respecto de sus propios beneficiarios.

El inciso segundo agrega que los prestadores de salud deberán encontrarse acreditados ante la autoridad sanitaria y cumplir las normas, estándares de calidad y guías técnicas y administrativas definidas por la autoridad para el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso tercero indica que la autoridad sanitaria asegurará a los prestadores acreditados la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud y del Régimen de Prestaciones regulado por la ley N° 18.469.

El inciso final establece que, para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, quienes tengan la calidad de beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la red asistencial que les corresponda, en el nivel de atención primaria, a menos que se trate de un caso de emergencia, certificado como tal, en que podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. Por último, el mismo inciso define la Red Asistencial como el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que hayan suscrito convenios para otorgar el Régimen de Garantías en Salud .

El Presidente de la República, a través de su indicación sustitutiva de 15 de diciembre de 2003, propuso reemplazar esta disposición por las siguientes:

“Artículo- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5° señalará el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”

“Artículo- Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por el profesional de la salud correspondiente y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial y en el nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las garantías explícitas. La atención de las personas que se refiere este inciso no podrá significar postergación o menoscabo de la atención de los beneficiarios que han ingresado a la Red Asistencial conforme lo establecido en el inciso precedente.

Los prestadores señalados en el inciso anterior deberán informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente y las demás obligaciones y normas que deben cumplir para que sean aceptados en la red, conforme lo establezca el reglamento. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.”

Tras analizar la primera de las disposiciones propuestas, la Comisión estuvo de acuerdo con su texto y, con el propósito de precisar su alcance, acordó reemplazar, en el inciso primero, la palabra “señalará” por la frase “indicará, para cada patología,” , lo que se traduce en que el decreto supremo que apruebe el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, deberá definir, respecto de cada patología, el momento desde el cual ellas podrán exigirse.

Frente a una consulta efectuada por la Honorable Senadora señora Matthei, en relación con el inciso segundo, el Ejecutivo precisó que la referencia al contrato respectivo, como fuente de excepciones a la regla general en virtud de la cual las prestaciones se otorgarán solamente en establecimientos situados en Chile, se efectúa debido a que algunas Instituciones de Salud Previsional tienen convenios internacionales y, si no se contemplara una excepción a

este respecto, podría interpretarse que se prohíbe el ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes para fijar las cláusulas contractuales que las vinculan.

Como forma de evitar posibles confusiones sobre la materia, la Comisión convino en dejar **constancia** de que las prestaciones deberán efectuarse en territorio nacional, sin perjuicio de que puedan otorgarse en el extranjero, si así las partes lo han acordado en forma expresa.

-La Comisión aprobó la indicación, con la modificación previamente señalada indicada y otras de orden formal, incluyéndola como artículo 18, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Enseguida, se analizó el segundo de los artículos propuestos por la indicación del Ejecutivo, en relación con la materia.

Respecto del inciso primero, el Honorable Senador señor Espina hizo presente que la redacción propuesta puede interpretarse como que, en caso de emergencia, deberá contarse con un certificado previo, lo que no guarda relación con la premura impuesta por la propia emergencia.

Sobre el particular, la Comisión acordó reemplazar la frase “casos de urgencia o emergencia debidamente certificados”, por “casos de urgencia o emergencia certificados oportunamente”. Asimismo, se precisó que la referida certificación deberá ser efectuada por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo. Finalmente, se resolvió eliminar la frase alusiva al ingreso en cualquier nivel de complejidad, por superflua.

El inciso segundo dispone que será el reglamento el encargado de determinar la forma y condiciones en que los prestadores de salud privados que hubieran celebrado convenios con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a los pacientes a los cuales hayan confirmado el diagnóstico de alguna de las patologías garantizadas.

Se acordó eliminar la oración final del inciso, que alude a que la atención de las personas beneficiarias de la ley N° 18.469, derivadas por los prestadores de salud independientes, no podrá traducirse en la postergación o menoscabo de la atención de quienes han ingresado a la Red Asistencial a través de la atención primaria.

Por último, el inciso final impone a los médicos la obligación de informar a sus pacientes beneficiarios de la ley N° 18.469, que se les ha confirmado el diagnóstico de una enfermedad o condición de salud garantizada explícitamente, correspondiéndole al Fondo Nacional de Salud la fiscalización del cumplimiento de esta obligación.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de consagrar esta disposición en términos generales, toda vez que

resulta esencial para el paciente, tanto del sistema público como del privado, saber que se le ha diagnosticado una enfermedad o condición de salud garantizada explícitamente, porque sólo podrá gozar del beneficio en cuanto cumpla con determinadas condiciones.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional expresó que la misma situación se produce respecto de los pacientes del sistema privado, ya que, para gozar de las Garantías Explícitas, deberán saber que les corresponde un derecho cuyo ejercicio importa cumplir ciertas condiciones y que tiene consecuencias respecto de su plan de salud.

Considerando lo expuesto, la Comisión se inclinó inicialmente por contemplar este inciso final como un artículo separado, de alcance general, de modo de consagrar la obligación médica de informar al paciente que se encuentra en alguna de las situaciones previstas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, sin distinguir si se trata de beneficiarios del sistema público de salud o de afiliados a una Institución de Salud Previsional.

-La indicación fue acogida, consultándose en principio la disposición como artículo aparte, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Con fecha 6 de enero de 2004, el Presidente de la República formuló indicación al artículo en comento, con el fin de cumplir a cabalidad el acuerdo previamente alcanzado por la Comisión respecto de la obligación de los prestadores de salud de informar a sus pacientes cuando se les confirme el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud que gozan de Garantías Explícitas. La nueva redacción incorpora a los afiliados al sistema privado de salud.

La proposición del Ejecutivo es del siguiente tenor:

“Artículo- Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el Reglamento.”.

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó su inquietud debido a que la norma en cuestión no precisa el momento a partir del cual se hace exigible el deber de informar.

El Honorable Senador señor Espina, por su parte, hizo presente los inconvenientes jurídicos resultantes de esta imprecisión, señalando que, al no indicarse el momento desde el cual se hace exigible el deber de informar, el médico podría dilatar este aviso y avanzar en el tratamiento de un paciente que podría obtener las mismas prestaciones a un valor inferior, por

encontrarse cubierta su dolencia por las Garantías Explícitas, lo que se traduce en un perjuicio pecuniario para el paciente.

Tras debatir el punto, la Comisión coincidió en que el momento se encuentra definido en el inciso primero del artículo anterior –que pasa a ser artículo 18-- el cual, tras señalar que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas que contemple el Régimen que regula esta ley, agrega que el decreto supremo señalado en el artículo 5º indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a ellas.

En consecuencia, la obligación de dar aviso surge cuando el paciente comienza a estar cubierto por las Garantías Explícitas, momento definido por decreto supremo, respecto de cada patología, como lo indica el citado artículo. Los representantes del Ejecutivo puntualizaron que cada protocolo de tratamiento de las diferentes enfermedades indicará con precisión el momento en que surge el derecho a las Garantías Explícitas.

Considerando lo expuesto, la Comisión acordó incluir esta disposición como inciso segundo del artículo 18, en los siguientes términos:

“Cumpliéndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.”.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Honorable Senador señor Espina expresó su preocupación por el hecho de que la nueva indicación del Ejecutivo, además de dar alcance general al precepto sobre notificación, elimina la atribución originalmente concedida al Fondo Nacional de Salud para fiscalizar del cumplimiento de la obligación del prestador de informar al paciente.

Agregó que la ausencia de fiscalización aumenta las posibilidades de que los médicos no den aviso oportuno. Explicó que serán ellos quienes se verán perjudicados, ya que lo usual será que su paciente deje de serlo como consecuencia de acogerse al beneficio de las Garantías Explícitas. Considerando lo anterior, planteó que el médico podría dilatar la entrega de la información en cuestión y, mientras tanto, ejecutar diversas prestaciones con un costo superior para el paciente al que tendrían las mismas en el Régimen de Garantías Explícitas.

Finalmente, indicó que a la adecuada fiscalización debería sumarse una sanción, que debería ser distinta a la obligación de indemnizar los perjuicios.

El Doctor Sandoval explicó que, originalmente, se estimó que la sanción podía ser una de dos: eliminar al prestador de salud del registro de los aseguradores o perder la acreditación.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso que la sanción sea dar publicidad a la conducta poco ética del médico.

Finalmente, la Comisión acordó debatir la materia al tratar el tema de la responsabilidad, del cual forma parte la responsabilidad médica por incumplimiento de la obligación de informar, o bien en el trámite reglamentario de segundo informe.

Artículo 14
(Pasa a ser artículos 20 a 22)

Dispone que, conforme a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 tendrán derecho a elegir el profesional de su preferencia, dentro de los establecimientos en que deban ser atendidos, siempre que haya disponibilidad que permita cumplir con la garantía de oportunidad, según lo determine el Director del establecimiento respectivo.

El inciso segundo agrega que, si la elección del profesional a que se refiere el inciso anterior impide cumplir con la garantía de oportunidad, el interesado deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El inciso tercero regula la derivación a la Red Asistencial de los beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso cuarto precisa que, sin perjuicio de lo dispuesto por el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud bajo la modalidad de libre elección, según lo dispuesto por los artículos 12 y 13 de dicho cuerpo legal.

Finalmente, el inciso quinto regula la oferta de alternativas de libre elección para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud por parte de las Instituciones de Salud Previsional.

El Ejecutivo, mediante su indicación sustitutiva de 15 de diciembre de 2003, propuso los siguientes artículos 12 y 14, relacionados con las materias abordadas por el artículo 14 del proyecto aprobado por la Cámara de Diputados:

El artículo 12 de la indicación del Ejecutivo se refiere a las mismas materias tratadas en los dos primeros incisos del artículo 14 ya analizado, sin modificarlos sustancialmente.

Su primer inciso dispone que, conforme a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deben ser atendidos, al profesional que prefieran, debiendo concordar la disponibilidad con la satisfacción de la garantía de oportunidad. El director del establecimiento será el encargado de determinar si tal disponibilidad existe.

El inciso segundo agrega que, en caso de que la elección impida cumplir con la garantía de oportunidad, el beneficiario deberá atenderse con el profesional que se designe, en el mismo establecimiento o en otro al que sea derivado.

El señor Ministro de Salud expresó que la disposición que se propone permite al beneficiario seleccionar al profesional de la salud que lo atenderá, entre aquellos del establecimiento de salud que le corresponde, en la medida que con ello no se genere demora. Agregó que, de esta forma, se podrá mejorar la gestión al conocer cuáles son los profesionales más requeridos por los usuarios.

La Comisión estuvo de acuerdo con la proposición formulada por el Ejecutivo, modificando su redacción, con el fin de precisarla y mejorarla. Al efecto, resolvió eliminar la frase inicial del inciso primero, que alude al Régimen de Garantías en Salud, y la referencia final al director del establecimiento, además de precisar que la garantía de oportunidad que se menciona es de carácter explícito.

Respecto del inciso segundo, acordó reemplazar la alusión al impedimento para cumplir la garantía de oportunidad y la referencia al beneficiario de la ley N° 18.469, elementos ya integrados en el inciso primero, por la frase "En caso contrario".

-El artículo 12 propuesto por la indicación del Ejecutivo, que será consultado como artículo 20, fue aprobado, con las modificaciones que se señalan, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

A continuación, la Comisión analizó el artículo 14 de la indicación sustitutiva del Ejecutivo, que versa sobre el acceso de los beneficiarios de la ley N° 18.469 a las prestaciones de salud, conforme a la modalidad de libre elección.

Dicha indicación señala que los afiliados a Fondo Nacional de Salud podrán optar por atenderse conforme a esta modalidad, precisando que, en tal caso, no regirán las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

El señor Ministro de Salud indicó que, mediante esta norma, se deja de manifiesto que la modalidad de libre elección en el sistema público se mantiene, con la limitación de que no podrán invocarse en ella las

Garantías Explícitas, pues éstas operan sólo en un sistema cerrado. Agregó que, aún cuando la garantía de protección financiera hará que la mayor parte de los beneficiarios opte por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, habrá un porcentaje que no lo hará.

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó la conveniencia de otorgar un aporte fiscal a los beneficiarios del sistema público de salud que opten por el sistema de libre elección.

Sobre el particular, el Ejecutivo indicó que, en tal caso, existe un subsidio equivalente a lo que se gasta en la modalidad institucional, que alcanza aproximadamente a un 50%.

El representante de la Asociación Nacional de Instituciones de Salud Previsional consultó respecto de la forma de regular el sistema en el caso de los aseguradores privados, ya que las normas en análisis sólo se refieren al sector público.

El Ejecutivo explicó que la regulación del sistema privado queda entregada a la autonomía de la voluntad, plasmada en las cláusulas contractuales que las partes convengan.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión hizo presente la conveniencia de regular en este aspecto la situación de los afiliados a Instituciones de Salud Previsional.

-El artículo 14 propuesto por la indicación sustitutiva del Ejecutivo y que será consultado como artículo 21, fue aprobado, con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Ejecutivo, mediante su indicación de 31 de diciembre de 2003, recogió la inquietud manifestada por la Comisión respecto a la regulación de la modalidad de libre elección en el sistema privado de salud y propuso incorporar la siguiente norma:

“Artículo ..- Para tener derecho a las Garantías Explícitas definidas en el inciso segundo, del artículo 3° de esta ley, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional en que se encuentren afiliados. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.”

Frente a una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto de la posibilidad de optar por diferentes planes cerrados, el representante de la Asociación de Instituciones de Salud

Previsional, indicó que, efectivamente, pueden existir diferentes opciones en tal sentido.

La Comisión, para dejar de manifiesto que los prestadores pueden ser más de uno, acordó reemplazar la frase “los prestadores de salud”, por “alguno de los prestadores de salud”. Adicionalmente, se convino en agregar que la Institución de Salud Previsional respectiva determinará quienes serán los posibles prestadores, “de acuerdo al plan contratado para estos efectos.”.

Cabe señalar que este artículo será consultado como 22.

-La indicación en comentario fue acogida, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Páez y Viera-Gallo.

Artículo 15
(Pasa a ser artículo 23)

Entrega al reglamento la regulación de los documentos o mecanismos que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán implementar, a fin de dejar constancia, a lo menos, en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud, de la enfermedad o condición de salud, prestación asociada, copago, plazo para otorgar la prestación y constancia de su otorgamiento efectivo o de la causa por la que ello no ocurrió.

El inciso segundo agrega que el referido reglamento regulará, además, los mecanismos que los mencionados aseguradores deberán implementar para cumplir con la garantía de oportunidad, en caso de que la prestación no haya sido otorgada al beneficiario. El mismo inciso señala que tales mecanismos deberán resguardar, especialmente, el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

El artículo 13 propuesto por la indicación sustitutiva del Ejecutivo, de 15 de diciembre de 2003, aborda las materias tratadas por el artículo 15 en análisis, en los siguientes términos:

“Artículo 13.- La Superintendencia de Salud, mediante instrucciones de general aplicación establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar el cumplimiento de las Garantías Explícitas de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”.

Al analizar esta proposición, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de definir en forma clara y precisa el momento a partir del cual debe entenderse que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional han sido notificados de que uno de sus beneficiarios tiene una enfermedad o condición de salud explícitamente garantizada por el Régimen de Garantías en Salud.

El Ejecutivo indicó que dicho momento se fijará por medio del decreto supremo al que se refiere el artículo 5°. Asimismo, hizo presente que el programa piloto en curso cuenta con un proceso regulado, que se inicia con la consulta del paciente en la atención primaria, luego de la cual el médico debe llenar un formulario, asegurando una hora para la atención del paciente por el especialista competente. Añadió que, desde abril de 2004, todos los hospitales contarán con un sistema de control que permita cumplir con la garantía de oportunidad en forma efectiva. En todo caso, agregó, queda a salvo el derecho del paciente para reclamar ante la Superintendencia.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional manifestó que es de vital importancia que el decreto al que se refiere el artículo 5° defina en forma clara y precisa, prestación por prestación y respecto de cada patología, el momento a partir del cual se entiende notificado el asegurador, de modo de constatar si se cumplió la garantía de oportunidad y de precaver posibles conflictos.

La Comisión acordó aprobar el inciso primero, eliminando la frase “mediante instrucciones de general aplicación” por considerarla innecesaria.

Respecto del inciso segundo, teniendo presente que se refiere a la garantía de oportunidad, acordó precisar que la disposición regula el caso en que la prestación no sea otorgada “a tiempo” al beneficiario. Asimismo, eliminó la oración final, que se refiere al resguardo del cumplimiento de las Garantías Explícitas de acceso, calidad y protección financiera, por redundante.

Considerando las modificaciones introducidas al proyecto, el artículo que nos ocupa será consultado como artículo 23.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Párrafo 6º
Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal

La indicación del Presidente de la República, de 15 de diciembre de 2003, propone consultar este Párrafo, con el mismo epígrafe, como Párrafo 2º del Título II.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

El Presidente de la República, con fecha 30 de marzo de 2004, formuló indicación con el objeto de agregar en el Título I un Párrafo 5º, nuevo, denominado "Otras obligaciones", compuesto por los tres artículos que se exponen más adelante.

El nuevo Párrafo que se propone, como consecuencia de las diversas adecuaciones al texto, será consultado como Párrafo 6º.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 24 (nuevo)

La indicación propone incorporar una disposición que impone a los Ministerios de Salud y de Hacienda la obligación de fijar la cobertura financiera mínima para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar a sus afiliados y a los dependientes de aquéllos. Cumplirán su obligación a través de un decreto, que deberá ser dictado conjuntamente con aquél que apruebe el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y cuya vigencia será idéntica a la de dicho Régimen.

La Comisión aprobó el precepto, perfeccionando su redacción y consultándolo como artículo 24.

-La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 25 (nuevo)

La disposición propuesta por la indicación establece que las modificaciones a la cobertura financiera realizadas conforme al artículo anterior no podrán traducirse en un aumento del costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud que supere a la variación real del Índice General de Remuneraciones por Hora.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 26 (nuevo)

Entrega al decreto que apruebe las Garantías Explícitas en Salud la determinación de las metas de cobertura del examen de medicina preventiva a que alude el literal a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, y dispone que las mismas serán obligatorias, tanto para el sistema público como para el privado.

El inciso segundo faculta a la Superintendencia de Salud para fiscalizar el cumplimiento de las referidas metas.

El Ejecutivo explicó que, mediante esta propuesta, se desea fomentar la adopción de medidas preventivas respecto de la salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente la conveniencia de precisar la disposición, indicando, por ejemplo, el porcentaje de la población que accederá al examen de medicina preventiva durante las distintas etapas del cronograma de vigencia de las Garantías Explícitas. Agregó que este examen, hasta ahora, ha sido letra muerta y destacó la importancia de desarrollar políticas preventivas en salud.

El Ejecutivo manifestó que tendría en consideración la sugerencia efectuada por el señor Senador y elaboraría una propuesta para ser discutida con ocasión del segundo informe que sobre el proyecto emita esta Comisión.

-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 16
(Pasa a ser artículo 34)

La norma aprobada por la Cámara de Diputados, en su inciso primero, dispone que el Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, con el fin de asegurar el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por ser indigentes o carecer de recursos, se encuentren legalmente eximidas de cotizar para salud, y a quienes efectuaren cotizaciones que resultaren insuficientes para cubrir la Prima Universal calculada para el Régimen regulado por el proyecto de ley en análisis.

El inciso segundo precisa que el aporte, en el caso de beneficiarios indigentes o carentes de recursos, se hará con cargo a la Partida presupuestaria del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima

Universal por cada uno de los beneficiarios acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y de sus cargas, el aporte será equivalente al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus cargas, deducido el valor de la cotización obligatoria, en cuanto la diferencia sea mayor que cero. Si el cónyuge del afiliado también cotiza en el Fondo, el aporte será la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

El inciso tercero señala que las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a alguien como carente de recursos o indigente se determinarán por medio de decreto supremo de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. El aporte complementario de las cotizaciones de salud se condiciona al cumplimiento por parte del mencionado Fondo de lo dispuesto por los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469².

El Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, formuló indicación, incorporando al Párrafo 2° del Título II, como artículo único, un texto alternativo al artículo 16 aprobado por la Cámara de Diputados.

En el inciso primero del precepto se especifica mejor la forma en que se efectuará este aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, indicando que se otorgará en dos casos: por cada una de las personas adscritas al sistema público que, por ser indigentes o por carecer de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud, y por cada una de las personas cuyas cotizaciones legales sean insuficientes para cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal.

Los incisos segundo y tercero no innovan respecto del artículo 16.

En relación con el inciso segundo, que regula el monto del aporte fiscal, la misma señora Senadora manifestó su inquietud por la parte final, que permite sumar las cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud de una pareja de cónyuges, por considerarla impracticable, debido a la dificultad que supone saber si dos afiliados tienen la calidad de cónyuges y si, estando casados, viven juntos o no.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

La Comisión coincidió con el planteamiento efectuado por la señora Senadora y acordó eliminar la oración final que señala: "En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por

² Esos incisos facultan al Fondo para determinar el ingreso de sus afiliados y permiten la reclasificación de éstos, si sus ingresos varían.

cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.”.

La mayoría de la Comisión manifestó su intención de acoger la indicación, con la modificación anterior.

Por su parte, la Honorable Senadora señora Matthei procedió a fundar su rechazo, señalando que el subsidio estatal debería entregarse conforme a las necesidades de las personas y no atendiendo al sistema de salud al cual se encuentran adscritas. Agregó que la norma discrimina a las personas de clase media que, con dificultades, se mantienen en el sistema privado.

-La indicación fue aprobada, con la modificación reseñada y otras enmiendas formales menores, con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Artículo 17

Precisa que el aporte fiscal regulado por el Párrafo del que forma parte esta norma no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de fondos desde el Fondo Nacional de Salud o sus afiliados hacia las Instituciones de Salud Previsional o sus afiliados.

La indicación formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, en su número 2), propone sustituir los artículos 3º a 17, por otros, que propone e individualiza con los números 3 a 14, entre los cuales no se incluye un precepto que recoja las disposiciones del artículo 17 aprobado por la Cámara de Diputados.

Teniendo en cuenta que la citada indicación fue acogida por la Comisión, el artículo 17 fue eliminado.

-Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS

El Presidente de la República, mediante indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso sustituir los Títulos II y III, denominados “Disposiciones varias” y “Fondo de Compensación Solidario” -ambos aprobados por la Cámara de Diputados-, por un nuevo Título II, denominado “Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal”.

-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Se hace presente que, posteriormente, mediante indicación de 31 de diciembre de 2004, el Presidente de la República propuso agregar un nuevo Título III, denominado “Disposiciones Varias”, que analizaremos junto con los preceptos del Título II original.

Artículo 18
(Pasa a ser artículo 35)

El artículo 18 del texto aprobado por la Cámara de Diputados, mediante 9 numerales, introduce modificaciones a la ley N° 18.469.

En las indicaciones formuladas por el Presidente de la República, individualizadas al iniciar el análisis de este Título, se propone reemplazar este artículo por el siguiente:

“Artículo 25.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g) al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente: “Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifíquese el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyase su inciso primero por el siguiente:

“Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud a través de los establecimientos de salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a su favor que le correspondiere anualmente a los contribuyentes, los montos adeudados al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones

recibidas por éstos o los beneficiarios que de ellos dependen en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud le comunicará, mediante oficio, a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, una nómina que contenga la individualización de los deudores y el monto a retener para cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el Reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente por el saldo insoluto.”.

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieren garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca el Régimen de Garantías en Salud para aquellas prestaciones.”.

La Comisión convino en analizar y pronunciarse separadamente respecto de los numerales de este artículo, que introduce modificaciones a la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

A continuación se consignan los acuerdos alcanzados respecto de cada uno de los cinco numerales que conforman este artículo.

-Los numerales 1) y 2) fueron aprobados, con modificaciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

En relación con el numeral 2), la Comisión hizo presente la necesidad de precisar esta disposición, efectuando la distinción entre el Régimen general de Garantías en Salud y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Como consecuencia, de ello, se realizaron las adecuaciones necesarias en las demás disposiciones del proyecto.

-El ajuste fue aprobado con la misma votación anterior.

El numeral 3) se aprobó, con ajustes formales, con el voto favorable de los mimosos señores Senadores recién nombrados.

Respecto del numeral 4), que agrega nuevos incisos al artículo 27 de la ley N° 18.469, los Honorables Senadores señores Viera-Gallo y Espina hicieron ver que la facultad que el inciso otorga a la Tesorería General de la República, para retener devoluciones de impuestos o créditos fiscales a favor del deudor, abre la posibilidad de que el contribuyente sea objeto de un cobro indebido, e hicieron presente la situación desmedrada en que lo deja la norma.

La Comisión, coincidiendo con la preocupación manifestada por los referidos señores Senadores, acordó acoger la alternativa de solución propuesta para el caso por el Honorable Senador señor Boeninger, que consiste en incorporar al aludido inciso la siguiente frase final: “siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.”.

-El numeral 4) fue aprobado, con la modificación señalada e incorporando además adecuaciones formales destinadas a perfeccionar su redacción, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

-Finalmente, el numeral 5) fue aprobado, con correcciones formales, con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Quienes se abstuvieron manifestaron que lo hacían en consonancia con la reserva de constitucionalidad que plantearon respecto del Fondo de Compensación Solidario y las disposiciones vinculadas con el mismo.

Artículo 19
(Pasa a ser artículo 36)

Contiene ocho numerales, que introducen modificaciones a la ley N° 18.933.

El Presidente de la República, mediante oficio N° 512-350, de 1 de marzo de 2004, formuló indicación al presente Título, con el fin de agregar tres artículos nuevos.

El primero de ellos, individualizado en la indicación como artículo 26, reemplaza el artículo 19 por otro, que también introduce modificaciones en la ley N° 18.933.

N° 1)

Propone agregar al artículo 2° la siguiente letra k),
nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan" por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

-El numeral 1) fue aprobado con enmiendas formales menores, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

Nº 2)

Modifica el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustituye su encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán incluir como mínimo:"

El inciso segundo del artículo 33 establece que en el contrato celebrado con la Institución de Salud Previsional las partes pueden convenir con libertad el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud y establece las estipulaciones mínimas que, en términos claros, el contrato debe contener.

El Ejecutivo explicó que la modificación, en lo sustantivo, transforma la norma, originalmente de carácter facultativo, en imperativa, a la vez que clarifica su redacción. Agregó que la eliminación de la exigencia de consignar las estipulaciones contractuales "en términos claros", en caso alguno implica que se desee fomentar la inclusión de estipulaciones poco claras o dudosas.

-El literal a) del numeral 2) fue aprobado sin modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

b) Reemplaza la letra a) del mismo inciso segundo, por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios señalados en el artículo 18 de la ley Nº 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas garantías explícitas, incluyendo

copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección.”.

Este literal fue objeto de una nueva indicación del Ejecutivo. En efecto, el Presidente de la República, mediante oficio N° 554-350, de 30 de marzo de 2004, propuso sustituir la letra b) por otra, que difiere de la primera exclusivamente en cuanto precisa que el plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se haya fijado como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

-La Comisión acogió la nueva indicación formulada por el Ejecutivo, y aprobó este literal b) del numeral 2), con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El literal c) sustituye la letra c) por la siguiente:

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

El literal d), por su parte, intercala, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en su modalidad de libre elección”; y sustituye el párrafo segundo de la misma letra, por el siguiente:

“El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 5° de este Título.”.

-Los literales c) y d) del numeral 2) fueron aprobados sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 3)

Sustituye el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el

arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

El Ejecutivo explicó que esta redacción precisa la norma actual, en el sentido de que el plan de salud acordado con la Institución de Salud Previsional debe contener una cobertura mínima, para las prestaciones específicas, no inferior al 25% de la cobertura que se concede a la prestación genérica relacionada. Asimismo, se establece que la bonificación no puede ser inferior a la cobertura financiera que otorga el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

El Vicepresidente de la Asociación de ISAPRES, don Andrés Tagle, manifestó su acuerdo con la disposición en comentario y coincidió en que la nueva redacción aporta mayor claridad.

Con todo, se acordó precisar la redacción, indicando que el correlato de la prestación específica es la prestación genérica respectiva, por lo que se reemplazó la frase “con la que ésta se encuentre relacionada”, por la palabra “correspondiente”.

-El numeral 3) fue aprobado, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 4)

Este numeral intercala, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, un párrafo 5°, nuevo, “De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°, respectivamente.

La Comisión se pronunció separadamente respecto de cada uno de los artículos que integran este nuevo párrafo 5°.

Artículo 42 A

La indicación propone incorporar un artículo 42 A, del siguiente tenor:

“Artículo 42 A.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 33 y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus cotizantes y beneficiarios, a asegurar las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para su otorgamiento deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las

Instituciones de Salud Previsional al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

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

El precio de los beneficios a que se refiere este párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.”.

Respecto del inciso tercero, el fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, don Ulises Nancuante, explicó que los contratos pueden incluir restricciones de cobertura, lo que esta modificación impide, a menos que se trate de prestaciones cubiertas por otras leyes. En otras palabras, en todo lo cubierto por las Garantías Explícitas no habrá preexistencias ni exclusiones.

Agregó que el inciso final autoriza a las Instituciones de Salud Previsional a fijar el precio del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, con el límite de que debe ser igual para todos los beneficiarios, esto es, sin que pueda discriminar en razón del sexo o la edad.

-Fue aprobado, con enmiendas de forma y otras que lo hacen coherente con la nomenclatura utilizada en las demás disposiciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, salvo el inciso final, a cuya aprobación concurrió también la Honorable Senadora señora Matthei.

Artículo 42 B

Su inciso primero impone a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de asegurar las Garantías Explícitas desde el primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones, sin perjuicio de la fecha de afiliación y de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38. Esta última norma permite a las Instituciones de Salud Previsional revisar anualmente los contratos de salud y ajustar los precios.

El inciso segundo agrega que la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas, el que se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país y será publicado por la Superintendencia en el Diario

Oficial, al menos treinta días antes de la vigencia del decreto. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El inciso tercero señala que el precio no podrá sufrir variaciones durante la vigencia del decreto.

Finalmente, el inciso cuarto indica que, en las modificaciones posteriores del decreto que contiene las garantías explícitas, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

El Honorable Senador señor Espina manifestó su preocupación frente a la prohibición de modificar el precio durante la vigencia del contrato. Agregó que una disposición de esta naturaleza atenta contra las leyes del mercado y contribuye a hacer innecesariamente rígidas las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados.

El señor Ministro hizo presente que la disposición en comento tiene directa relación con la norma anterior, que concede libertad a las Instituciones para adecuar el precio en condiciones que no impliquen discriminación, e implica efectuar estudios y análisis previos, destinados a definir el precio adecuado.

El Fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional destacó que la invocación de las leyes del mercado, en este caso, es inapropiada. Agregó que sería razonable recurrir a dicho referente, en la medida en que las personas puedan cambiarse de Institución de Salud Previsional sin restricciones. No obstante, esto no es posible para una importante cantidad de afiliados a Instituciones de Salud Previsional que se encuentran cautivos en su vínculo contractual debido, por ejemplo, a una enfermedad preexistente o a su edad.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional explicó que los contratos tendrán, por ley, dos precios, a saber: el del plan complementario, que se adecúa anualmente, a través de un mecanismo establecido por la ley N° 18.933, con un sistema de banda de precios, y el del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que es parejo para todos los afiliados e inmodificable durante la vigencia del decreto que aprueba las Garantías Explícitas.

Manifestó su preocupación por la imposibilidad de modificar el precio mientras no se modifique el decreto y sugirió cambiar ese criterio.

El Honorable Senador señor Boeninger reiteró que se trata de un mercado imperfecto y propuso fijar un plazo de tres años, ya que de

otra forma surge la tentación de fijar el precio sobre la base de riesgos mayores que los calculados para cubrirse.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide coincidió en que las leyes que gobiernan el mercado no son aplicables en la especie y afirmó que no se trata de perjudicar a las Instituciones de Salud Previsional, sino que de establecer las reglas del juego en forma clara.

La Comisión, con el fin de precisar esta norma, acordó agregar, al final del inciso primero, la siguiente frase: "Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado."

Con el mismo objetivo, y recogiendo los planteamientos efectuados en el curso del debate, se modificó el inciso tercero, indicando que el precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

-Fue aprobado, con las modificaciones reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 42 C

Establece que las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el artículo 39 de la ley N° 18.933, esto es, las denominadas "ISAPRES cerradas" podrán asegurar las Garantías Explícitas a que se refiere este Párrafo, y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

-Fue aprobado, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 42 D

Dispone que el precio cobrado por la Institución de Salud Previsional por el otorgamiento de las Garantías Explícitas se conformará a las reglas contenidas en el Párrafo 3°, del Título II, de la ley N° 18.933.

La Comisión acordó acoger esta proposición, precisando su redacción en los siguientes términos:

"Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del ítulo II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional."

-Aprobado, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera- Gallo.

Artículo 42 E

Dispone que el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones, sin perjuicio del derecho que establece el inciso segundo del artículo 38 de la ley N° 18.933, para desahuciarlo después de un año de vigencia. Si nada dice dentro del plazo de sesenta días recién mencionado, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido artículo 38.

-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera- Gallo.

Finalmente, cabe señalar que la Comisión, tras acoger las indicaciones del Ejecutivo previamente individualizadas, en los términos que se consignan en el capítulo de modificaciones, acordó consultar este artículo con el número 36.

Artículos 20 y 21
(Pasan a ser artículos 37 y 38)

El artículo 20 suprime del párrafo segundo del literal b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones “por petición expresa del Ministro de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidades que manifiesten uno o más Servicios de Salud. Las prestaciones susceptibles de incluir en estos convenios quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud, la que podrá ser modificada si las circunstancias así lo ameritan”.

El artículo 21 establece que, sin perjuicio del Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a atención médica curativa contempladas por las normas legales que a continuación se indican: Ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977 y decreto ley N° 2.859, de 1979.

Los artículos 27 y 28 propuestos por la ya mencionada indicación del Presidente de la República, de 1 de marzo de 2004, reemplazan a los artículos 20 y 21 previamente descritos, sin innovar respecto del fondo.

El primero de ellos modifica el artículo 27 del decreto ley N° 2.763, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La indicación simplifica el procedimiento que debe seguir el Fondo Nacional de Salud para financiar convenios relativos a prestaciones que deba contratar con terceros no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, para proveer prestaciones en la modalidad de atención institucional de la ley N° 18.469. Dicha simplificación consiste en eliminar el requisito de contar con petición expresa del Ministro de Salud para ello.

El Ejecutivo expresó que esta indicación es consistente con el hecho de que el Fondo Nacional de Salud deberá hacerse cargo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

En definitiva, estos preceptos se integran al proyecto como artículos 37 y 38, respectivamente.

-Las indicaciones recaídas en ambos artículos fueron aprobadas, sin modificaciones. La relativa al artículo 37 contó con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide. La recaída en el artículo 38 fue aprobada por unanimidad, concurriendo a ésta los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

TITULO III DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

La indicación formulada por el Presidente de la República, con fecha 15 de diciembre de 2003, propone sustituir el Título II, que contiene disposiciones varias, y el Título III, relativo al Fondo de Compensación Solidario, por un nuevo Título II, denominado "Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal".

-El nuevo epígrafe y su ubicación fueron aprobados con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

A continuación, la misma indicación del Ejecutivo propone intercalar el siguiente epígrafe:

"Párrafo 1°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario"

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

El Título II que se propone se divide en dos Párrafos, el primero, relativo a la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario y, el segundo, al Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.

Artículo 22
(Pasa a ser artículo 27)

El artículo aprobado por la Cámara de Diputados crea el Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, entregando su supervisión y administración a la Superintendencia de Salud.

La indicación del Ejecutivo reemplaza este artículo por otro, individualizado en ella como artículo 15, que crea el Fondo y dispone que su objetivo será solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, respecto de las prestaciones garantizadas explícitamente.

Su inciso segundo entrega a la Superintendencia de Salud la supervigilancia y administración del Fondo, precisando que ambas actividades deberán realizarse en la forma y condiciones que señale el reglamento.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, refiriéndose al inciso primero, consultó sobre la razón que condujo a modificar la definición del Fondo de Compensación Solidario aprobada por la Cámara de Diputados, la que le parece más clara y simple.

Al respecto, el doctor Hernán Sandoval explicó que se prefirió poner el acento en la compensación de riesgos sanitarios y no en la de riesgos financieros, ya que esto último implicaría solidarizar el monto de las cotizaciones. En materia sanitaria la solidaridad debe vincularse al riesgo, para entregar un mayor aporte a quienes más se enferman, mediante el cobro de una prima única que se distribuye conforme a las contingencias de salud de cada persona.

La Honorable Senadora señora Matthei recordó que, al implementarse el sistema del decreto ley N° 3.500, respecto del seguro por invalidez y sobrevivencia se otorgaba la posibilidad de fijar la prima de acuerdo a las características del grupo familiar, sin embargo, debido a la dificultad operativa resultante de pretender establecer las características de cada familia para ese efecto, se optó por cobrar un monto parejo.

El Honorable Senador señor Espina explicó que el sistema se estructura en torno a los conceptos de Prima Universal y prima ajustada por riesgos, correspondiendo al Fondo compensar a los aseguradores por las diferencias entre ambas.

Precisó que la Prima Universal constituye un valor de referencia igual al promedio de gasto esperado del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, dividido por el número de beneficiarios, y la prima ajustada por riesgos es la causada por las diferencias en los gastos efectivos de los distintos beneficiarios, provenientes de factores como el sexo y la edad.

Concluyó indicando que la Prima Universal es variable en función de los cambios que afectan a la población, las patologías o la tecnología, lo que explica que su valor deba ser revisado, y eventualmente modificado, cada tres años.

En relación con lo anterior, el doctor Sandoval hizo presente que el valor de la Prima Universal, en el caso del sistema público, no es de carácter referencial, sino que constituye una estimación real, sin perjuicio de que el costo que tendrían las Instituciones de Salud Previsional para otorgar las mismas prestaciones pueda ser distinto. Agregó que, para definir el costo de la Prima Universal, se procedió a calcular previamente el costo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud en el sistema público.

Continuó explicando que los afiliados pagan su cotización y el monto de la Prima Universal es enterado por la respectiva institución aseguradora, por cada uno de sus respectivos beneficiarios.

En el caso de las Instituciones de Salud Previsional rige la ley del contrato. Si la cotización no cubre la Prima Universal, el afiliado deberá aportar la diferencia, a menos que la Institución de Salud Previsional subsidie la Prima Universal o solidarice el costo entre sus propios afiliados.

El Honorable Senador señor Espina hizo presente que el tema de fondo consiste en que, en la medida que sube la Prima Universal, el 7% de cotización de los afiliados al sistema privado se hace cada vez más insuficiente para poder cubrirla. Ejemplificó señalando que, si el monto que un individuo paga por concepto de Prima Universal por su grupo familiar, es mayor que el 7%, para mantenerse en la Institución de Salud Previsional deberá reducir su programa o pagar más por él, si no desea trasladarse al sector público. En consecuencia, concluyó, el mayor monto de la Prima Universal se traducirá en un éxodo hacia el sector público, en el cual el Estado subsidia el valor de ella.

Manifestó que lo anterior importa una injusticia respecto de los afiliados a Instituciones de Salud Previsional con ingresos familiares que no superan los seiscientos mil pesos, quienes, por el hecho de haber optado por el sistema privado, no obtendrán el subsidio estatal. Subrayó que sólo contará con su voto favorable un sistema que contemple un subsidio estatal que cubra, respecto del afiliado a una Institución de Salud Previsional, el mayor valor que por sobre el 7% deba enterar para el pago de la Prima Universal. De otra forma, concluyó, se producirá una diferencia arbitraria que perjudicará a la clase media, no a las personas de mayores ingresos, cuyo 7% cubre la Prima Universal sin problemas.

En el mismo sentido, la Honorable Senadora señora Matthei manifestó que, a su juicio, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud perjudica a la clase media modesta, pues su 7% resultará insuficiente para cubrir la Prima Universal o implicará un serio deterioro de las condiciones de su plan. Esas personas deberán recurrir al sistema público de salud, que es lo que deseaban evitar al afiliarse a una Institución de Salud Previsional.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que la alternativa de que el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidaria signifique el traspaso de recursos desde el Fondo Nacional de Salud a las Instituciones de Salud Previsional, es inaceptable para importantes sectores de la población, representados en el Parlamento. Añadió que lo anterior quedó plasmado en el artículo 26 del texto aprobado por la Cámara de Diputados, que prohíbe los referidos traspasos.

Asimismo, expresó su desacuerdo con que el Estado subvencione la Prima Universal de las personas afiliadas a Instituciones de Salud Previsional.

Por su parte, la Honorable Senadora señora Matthei anticipó su intención de votar en contra del proyecto si se mantiene el aludido artículo 26. Señaló que el sistema se estructura sobre la base de la compensación de riesgos, que es propia de los seguros, modelo que juzga altamente beneficioso para estos efectos. Sin embargo, agregó, si la compensación sólo significará un tránsito de personas y recursos desde el sistema privado al público, no existe tal compensación de riesgos sino que significa que los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional perderán parte de su cotización, subsidiando al Fondo Nacional de Salud.

El señor Ministro de Salud precisó que, en el proyecto original, se planteaba una compensación bidireccional entre los aseguradores, planteamiento que se repone en el artículo 18 de la indicación formulada por el Presidente de la República el pasado 15 de diciembre de 2003; afirmó que es la voluntad del Ejecutivo mantener dicha definición.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expuso que el Fondo de Compensación Solidario protege especialmente a las personas de escasos recursos y a los ciudadanos de la tercera edad, que no están afiliados al sistema privado.

Frente a la solicitud de formalización de la posición del Ejecutivo en la materia, el señor Ministro expresó que el Gobierno estima que la bidireccionalidad debe mantenerse, en cuanto es de la esencia del sistema de compensación de riesgos. No obstante, hizo presente que quien opta por el sector privado y se beneficia del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, si aspira a una mejor categoría en hotelería o asistencia, debe estar dispuesto a enfrentar un costo mayor que el que tendría en el sector público.

El Honorable Senador señor Espina recalcó que coincidiría plenamente con lo expuesto por el señor Ministro si el Régimen de Garantías Explícitas no se impusiera al sector privado, limitando su aplicación exclusivamente al sector público.

Agregó que quienes han optado por el sistema privado, en general, están conformes con el servicio que obtienen y no necesitan de un sistema que los discrimina respecto del sector público.

A modo de ejemplo, el señor Senador se refirió a una persona afiliada a una Institución de Salud Previsional, quien, con el 7% de su ingreso, accede a un programa de salud con cobertura para enfermedades de costo catastrófico y sin problemas de oportunidad en la atención. Agregó que, a esa misma persona, por el hecho de instaurarse el Régimen de Garantías Explícitas en las condiciones que se proponen actualmente, el mismo plan le saldrá más caro y, en el caso de los afiliados de menores ingresos, puede incluso traducirse en que deban migrar obligadamente del sistema privado al público.

El doctor Sandoval hizo presente que el tema de solidarizar riesgos lleva implícito que la gente pague, en algún momento de su vida, una prima más alta que sus gastos esperados y, en otro momento de su vida, una prima más baja que dichos gastos. En consecuencia, el argumento de que los usuarios de las Instituciones de Salud Previsional están contentos es válido sólo respecto de ciertos momentos de la vida de las personas, existiendo otros en que un sistema con solidaridad de riesgos será más funcional a los intereses de aquéllas.

La Honorable Senadora señora Matthei, por su parte, expresó que la gente de clase media, en el sistema público, puede optar por la modalidad de libre elección, con subsidio estatal parcial del bono respectivo. Añadió que no se postula que se otorgue el mismo subsidio en el sistema privado, pese a considerar que sería lo justo, ya que las personas no deberían tener un tratamiento financiero distinto por el hecho de estar en uno u otro sistema, sino que se plantea que los cotizantes no sean obligados a dejar el sistema privado por la modalidad de financiamiento de la Prima Universal en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Frente a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo respecto a las consecuencias de optar por no imponer el Régimen de Garantías Explícitas en Salud a los usuarios del sistema privado, el doctor Hernán Sandoval explicó que el Ejecutivo ha reiterado un planteamiento, de carácter doctrinario, cual es que el sistema de seguro social obligatorio, impuesto por ley, implica que cada trabajador debe destinar el 7% de su ingreso al pago de dicho seguro, pudiendo elegir si será administrado por una Institución de Salud Previsional o por el Fondo Nacional de Salud. La opción por un administrador privado no desnaturaliza el seguro si le hace perder su carácter social y obligatorio.

Añadió que, junto con plantearse la cobertura integral, se asume la obligación de construir un “estado de salud”. Por lo tanto, un seguro integral no sólo debe compensar el daño sufrido, sino que debe, además, mantener a la gente en el mejor estado de salud posible, ya que el deterioro del mismo se traducirá en gastos mayores.

El representante de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional recordó que los objetivos del Fondo de Compensación Solidaria son dos. En primer término, intenta corregir la diferencia de precio resultante de que los costos por persona son efectivamente distintos, con divergencias significativas entre jóvenes y adultos mayores y entre hombres y mujeres en edad fértil.

En segundo lugar, agregó, el Fondo corrige el desequilibrio de precios con respecto al riesgo entre el sistema público y el privado, ya que en el primero se concentra el riesgo agravado y la idea es que los beneficiarios con riesgos menos agravados, que son hombres y jóvenes, ayuden a financiar los de adultos mayores y mujeres.

Continuó señalando que la Asociación ha estimado que el 84% de los afiliados será “aportante” al Fondo de Compensación Solidario, es decir, deberá financiar al resto, y sólo un 16% será “receptor”. Como consecuencia de su aporte al Fondo, el afiliado a una Institución de Salud Previsional tendrá menos recursos disponibles para financiar su plan y deberá pagar más o preferir un plan más barato, con menor cobertura, o derechamente deberá abandonar el sistema privado. Por el contrario, el receptor tendrá más recursos y podrá acceder a un mejor plan.

El problema se produce debido a que si hay aporte fiscal a la Prima Universal, no se puede llevar al sistema privado, pues la parte de la Prima Universal proveniente de aporte fiscal no es “portable”.

El sistema no es bidireccional ya que, en los términos propuestos, significa un costo para las Instituciones de Salud Previsional cercano a los \$15.000.000.000, en beneficio del Fondo Nacional de Salud. Es poco probable que se produzca la compensación al revés, lo que ocurriría sólo si las Instituciones de Salud Previsional tuvieran un universo de cotizantes y cargas con un riesgo más agravado.

Finalmente, manifestó que a la Asociación de Instituciones de Salud Previsional le preocupan las variables que han sido consideradas. Las diferencias de precios que obedecen a sexo y edad, sin lugar a dudas deben tenerse en cuenta. No obstante, se mencionan otras variables “que impliquen diferencia en el gasto esperado individual”. Esas otras variables, a juicio de la Asociación, deben incidir en diferencias de precio, ya que si implican diferencias de costo quiere decir que se han compensado solas y, por lo tanto, el Fondo no tiene por qué intervenir.

Tras un extenso debate en torno al Fondo de Compensación Solidario, el señor Ministro de Salud expresó que el Gobierno del Presidente Lagos, al iniciar la Reforma de la Salud, ha orientado su actuar hacia mayores niveles de justicia y equidad entre los chilenos, en un área tan sensible como ésta, en la que se intenta resolver los problemas alcanzando mayores grados de certeza, equidad, eficacia y eficiencia.

Señaló que, considerando lo anterior, así como las críticas planteadas en el curso del debate, se adoptó la decisión de emprender un proceso de adopción gradual del modelo, de modo de permitir que el cambio se produzca generando menor resistencia.

Agregó que los temores planteados respecto a un gran éxodo de usuarios desde el sistema privado al público debería afectar sólo a un grupo marginal de familias, pues ya han abandonado el sistema privado la mayor parte de las personas de menores recursos o de mayores riesgos, como resultado de los costos de los planes.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que las alternativas de solución son básicamente dos: que opere la compensación de riesgos separadamente para los sectores público y privado, o recurrir a un sistema análogo al utilizado en el ámbito de la vivienda o la educación, en el cual el Estado subsidia a las familias más pobres, que tienen el derecho de decidir donde matricular a sus hijos o qué casa adquirir. De esta forma, expresó, se configura un subsidio estatal a la necesidad del individuo y no a la producción estatal. Al fijarse el 7% como cotización, dicho porcentaje representaba el costo real de la salud, sin embargo, hoy día debería elevarse aproximadamente hasta el 12%.

Añadió que la injusticia del sistema proviene del hecho de que si a una persona no le alcanza con su 7% para el pago de la Prima Universal, el Estado le otorgará un subsidio si es cotizante del sistema público, y no ocurrirá lo mismo respecto de una persona afiliada al sector privado.

El señor Ministro de Salud, por su parte, reiteró que se ha considerado la gradualidad en la implementación del Régimen como única solución, ya que la solidaridad es uno de los valores fundamentales que informan la Reforma de la Salud.

Al analizar el artículo propuesto por la indicación, la Comisión acordó incorporar enmiendas formales destinadas a mejorar su redacción.

Además, en el inciso primero, y a sugerencia del Honorable Senador señor Viera-Gallo, se reemplazó la referencia final al inciso segundo del artículo 3º, por otra que se remite a esta ley en su integridad.

Asimismo, se acordó consultar el inciso segundo en los siguientes términos: “El referido Fondo será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud.”.

Finalmente, cabe consignar que, como consecuencia de las adecuaciones sufridas por el texto original, este artículo será consultado con el número 27.

-El artículo 27 fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.

Artículos 23, 24, 25 y 26
(Pasan a ser artículos 28 a 30)

El artículo 23 indica que el objetivo del Fondo de Compensación Solidario es “compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.”.

El artículo 24 dispone que el Fondo se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

El inciso segundo señala que dichos organismos realizarán en forma mensual los traspasos que correspondan a las compensaciones determinadas por la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento definido por el reglamento.

El artículo 25 dispone que, para los efectos de la compensación, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. A continuación, indica que el modelo deberá considerar, además de sexo y edad, las variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, siempre que se disponga de información sistemática y confiable para evaluar su efecto en el gasto estandarizado individual. Finalmente, el inciso primero de este artículo señala que los factores de ajuste de riesgo serán establecidos por el decreto supremo de los Ministerios de Salud y de Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

El inciso segundo del artículo 25 faculta a la Superintendencia de Salud para distribuir parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y modo establecidos por el decreto supremo tantas veces aludido. El inciso concluye definiendo que por “período de predicción” debe

entenderse el período de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones que efectúa el Fondo.

Finalmente, el artículo 26 indica que el Fondo de Compensación Solidario no podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud o sus afiliados, a las Instituciones de Salud Previsional o sus afiliados.

Mediante la indicación antes citada, formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, los artículos previamente descritos fueron reemplazados por los que analizaremos a continuación, que serán consultados como artículos 28 a 30:

“Artículo 16.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La prima universal es el promedio del gasto esperado individual de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el Reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.”.

El Ejecutivo explicó que la disposición define como objetivo del Fondo compensar a los aseguradores por la diferencia entre la Prima Universal y la ajustada por riesgos, correspondiente a sus beneficiarios.

El Honorable Senador señor Espina efectuó reserva de constitucionalidad respecto de esta norma y de las demás que establecen el mecanismo de integración y cálculo y la operación del Fondo de Compensación y anunció que, en conjunto con otros señores parlamentarios, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82, N° 2º, de la Constitución Política de la República, recurriría ante el Tribunal Constitucional con el fin de que este órgano resuelva sobre la conformidad o no entre tales normas y la Constitución Política de la República.

Hizo presente que fundarán su reclamación en el hecho de que el Fondo se financia con las cotizaciones de salud, las que pertenecen al

respectivo afiliado. Destinar una parte de las mismas a integrar el Fondo de Compensación Solidario implica el establecimiento de un impuesto encubierto, afecto a un fin específico, y constituye una flagrante violación del derecho de propiedad de cada afiliado respecto de sus propias cotizaciones de salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expuso que, a su juicio, en la especie no concurre ningún problema de constitucionalidad, toda vez que las cotizaciones no integran una cuenta individual y no son correlativas a las prestaciones que se recibirán a futuro.

La Honorable Senadora señora Matthei adhirió a la reserva de constitucionalidad formulada por el Honorable Senador señor Espina e indicó que se debe hacer una distinción entre cotizaciones y pago de imposiciones. Añadió que, en el sistema privado, se aplica un sistema de seguro y que, en el público, se trata prácticamente de un impuesto de 7%, afecto al otorgamiento de prestaciones de salud. Agregó que la inexistencia de una cuenta individual no implica que no exista la inconstitucionalidad que se alega, ya que no puede entenderse sino como un impuesto encubierto obligar a la gente afiliada a una Institución de Salud Previsional a pagar por garantías como la de oportunidad y de protección financiera, que ya tienen aseguradas por el hecho de no tener que hacer cola y por contar con un seguro contra enfermedades de costo catastrófico.

El Honorable Senador señor Boeninger indicó que no es posible asimilar las cotizaciones previsionales con las de salud, pues sólo sobre las primeras hay propiedad, ya que el capital que se acumula es de propiedad del cotizante, lo que no ocurre respecto de las segundas.

Agregó que la transferencia de recursos del sistema público al privado obedece a que existen diferencias en la cobertura de riesgos entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud que, de no existir, darían por resultado un traspaso igual a cero. El actual desequilibrio se puede evitar con incentivos inversos, que lleven a las Instituciones de Salud Previsional a asumir mayores riesgos.

Concluyó señalando que la Constitución asegura a todas las personas el acceso igualitario a la salud y, para este fin, se puede imponer cotizaciones obligatorias, asegurando la igualdad en el acceso con mecanismos tales como el Fondo de Compensación Solidario, que permiten redistribuir al compensar los mayores riesgos inherentes a sexo y edad.

Por su parte, el señor Ministro de Salud afirmó que, conforme a los estudios realizados por asesores técnicos competentes, no hay tal inconstitucionalidad. Reiteró que las cotizaciones de salud no son comparables con las previsionales pues, cuando un ciudadano deja de pagar en la Administradora de Fondos de Pensiones su dinero permanece allí y le pertenece, en cambio, cuando deja de pagar en la Institución de Salud Previsional, se queda sin atención, lo que da cuenta de que es un seguro y no un fondo de capitalización.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide hizo presente que esta discusión se inició al crearse el sistema de Instituciones de Salud Previsional y tiene que ver con cuál es el modelo de salud más adecuado para nuestro país. Manifestó su desacuerdo con prototipos en los cuales se otorga menor cobertura a quienes más la necesitan y mayor a quienes tienen menores riesgos.

La Honorable Senadora señora Matthei, por su parte, indicó que puede ser difícil aceptar que deba cobrarse más a quienes tienen riesgos que inciden en mayores costos. Sin embargo, agregó, ello responde a la lógica de los precios, que no puede ser ignorada sin generar efectos nocivos, como puede apreciarse en la reciente crisis del gas argentino. Continuó señalando que las personas de la tercera edad se encuentran en una etapa del ciclo vital en que se deja de gastar en la educación de los hijos para empezar a hacerlo en prestaciones de salud.

Concordando con la importancia de no perder de vista los principios de la economía, don Marcelo Tockman, asesor del Ministerio de Hacienda, señaló que el proyecto no pretende que la Institución de Salud Previsional cobre menos a quienes se encuentran en los casos de mayor riesgo, sino que se aspira a compensar el mayor riesgo con cargo al Fondo de Compensación Solidario.

El Honorable Senador Ruiz-Esquide, hizo presente que la salud constituye un área que, a su juicio, debe escapar de la aplicación de los mismos criterios que se utilizan en el resto de la economía y lamentó que el modelo hasta ahora imperante no se avenga con un sistema de salud solidario e inspirado en criterios y valores sanitarios.

La Comisión, coincidiendo en que el debate de fondo versa sobre elementos respecto de los cuales no existe acuerdo, entró a analizar la disposición sometida a su consideración, teniendo presente que las dudas o cuestiones de constitucionalidad suscitadas deberán despejarse en el Tribunal Constitucional.

En consecuencia, acordó eliminar, en el primer inciso, la frase “en la forma y oportunidad que determine el reglamento”, por estimarla innecesaria y, en el inciso segundo, reemplazó la referencia al “promedio del gasto esperado individual” por otra al “gasto esperado individual promedio”, por ser esta última la expresión correcta.

Cabe señalar que este artículo, como consecuencia de las modificaciones introducidas al texto del proyecto, será consultado como artículo 28.

-La indicación fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

A continuación, la indicación del Ejecutivo propone la incorporación del siguiente artículo:

“Artículo 17.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar la prima universal y el modelo de compensación de riesgos.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiese evidencia de que afectan significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejen preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y haberse implementado el registro de éstas para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”.

La Comisión, a instancias del Ejecutivo, acordó agregar una frase final al inciso primero, precisando que la determinación del monto de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos se hará “de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6º y siguientes”.

En relación con el inciso segundo, relativo a las variables sobre la base de las cuales se determinará el modelo de compensación de riesgos, la Comisión sostuvo un extenso debate.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó si la posibilidad de incorporar otras variables de tipo epidemiológico, a las que alude el artículo, significa que eventualmente puedan incluirse otras, tales como la obesidad, el tabaquismo o la homosexualidad, en cuanto esta opción sexual lleva aparejado un mayor riesgo de contraer SIDA.

Los representantes del Ejecutivo respondieron que, actualmente, las variables más concretas son el género y la edad y agregaron que, en el futuro, podrán incluirse otras, tan relevantes, claras y evidentes como las señaladas.

Sobre el particular, el señor Ministro de Salud añadió que si otras variables adquieren el carácter de una epidemia que amenaza a la sociedad, la prima deberá ajustarse a esa realidad.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente su preocupación frente a la posibilidad de que los riesgos que deban ser compensados se incrementen –y con ello el monto de la prima y el del aporte que deban realizar las Instituciones de Salud Previsional- mediante la incorporación de nuevas variables, tales como las que ha mencionado. Indicó que en la mayor parte de los casos dichas patologías dependen de la voluntad del afectado e implican que las primas de todos se vean gravadas por el estilo de vida escogido por algunos. Propuso cobrar más a las personas que tengan conductas de riesgo.

Asimismo, señaló que el carácter facultativo de la norma, que se refleja en el uso del vocablo “pudiendo”, puede traducirse en que, en definitiva, sólo se incorporen aquellas variables que graviten sobre el sistema privado. Considerando lo anterior, la señora Senadora sugirió indicar taxativamente las variables que serán consideradas o bien reemplazar la forma verbal “pudiendo” por “debiendo”.

El señor Ministro de Salud recalcó que, aún cuando la norma del inciso segundo es facultativa, la posibilidad de incorporar nuevas variables distintas de sexo y edad se asocia al cumplimiento de las condiciones que la misma disposición consigna, esto es, que exista evidencia de su incidencia en el gasto en salud y no reflejen preferencias de las personas o condiciones particulares de la oferta.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló su desacuerdo en cuanto a considerar sólo las variables de sexo y edad, ya que, aun cuando ellas son importantes, existen otros factores que deben ser tomados en cuenta a fin de que la compensación de riesgos no resulte incompleta. Por el hecho de considerarla más íntegra desde la perspectiva sanitaria, propuso mantener la redacción acordada por la Cámara de Diputados, que señala que el modelo de compensación de riesgos deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable, necesaria para determinar el efecto de dichas variables en el gasto individual asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

La Comisión acordó aprobar los incisos primero, segundo y cuarto del artículo en debate, con algunas correcciones formales, por mayoría.

-Concurrieron al acuerdo con su voto favorable los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y se abstuvieron los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

El inciso tercero fue objeto de una doble votación, debido a que en la primera las abstenciones incidieron en el resultado. Al repetirse la votación sin que los parlamentarios que se abstuvieron modificaran su opción, y aplicando lo dispuesto por el artículo 178 del Reglamento del Senado, se tuvo por aprobado el inciso, sumando las abstenciones a los votos mayoritarios, que se pronunciaban por la aprobación.

-Votaron por la aprobación los Honorables Senadores señores Boeninger y Ruiz-Esquide, el Honorable Senador señor Viera-Gallo votó en contra y los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina se abstuvieron. Considerando la incidencia de las abstenciones en el resultado, se repitió la votación de inmediato, previo el requerimiento de rigor a los Senadores que se abstuvieron. Como se produjo el mismo resultado, en virtud de lo dispuesto por el artículo 178 del Reglamento del Senado, se sumaron las abstenciones a los votos favorables, resultando aprobado el inciso tercero por cuatro votos a favor y uno en contra.

Cabe señalar que el artículo propuesto será consultado como artículo 29.

Finalmente, la indicación del Ejecutivo propone el siguiente artículo:

“Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.”.

La Comisión acordó aprobarlo por mayoría, con enmiendas de forma, consignándolo como artículo 30.

-Aprobado con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Artículo 27
(Pasa a ser artículo 31)

Dispone que, para los efectos de este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán remitir a la Superintendencia de Salud la información necesaria para realizar los pagos y compensaciones correspondientes, de acuerdo con las instrucciones que a tal efecto imparta el Ministerio de Salud.

La indicación formulada por el Presidente de la República con fecha 15 de diciembre de 2003, propone reemplazar esta disposición por otra, que innova respecto de aquella aprobada por la Cámara de Diputados exclusivamente en cuando sustituye la frase final, alusiva a las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud, por la siguiente: “conforme a las instrucciones de general aplicación que imparta dicha Superintendencia.”.

Cabe señalar que la Comisión acordó invertir el orden original entre este artículo y el que entrega la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones impuestas por este Título a la Superintendencia, que figurará como artículo 32.

-El artículo y la indicación fueron aprobados con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, con adecuaciones de forma.

Artículo 32 (nuevo)

El Presidente de la República, mediante su indicación de 15 de diciembre de 2003, propuso la incorporación de un artículo nuevo que, en su inciso primero, entrega a la Superintendencia de Salud la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud establecidas por el Título relativo al Fondo de Compensación Solidario y la Prima Universal .

El inciso segundo agrega que, en el evento que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe oportunamente la compensación de que trata este Título, la Superintendencia procederá a realizarla con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 26 de la ley N° 18.933, sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan. La Institución de Salud Previsional deberá reponer el monto de la garantía en el término de tres días hábiles. La norma agrega que, de no cumplirse con esta reposición, se aplicará el régimen de supervigilancia contemplado en los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

El inciso tercero agrega que los recursos administrativos o judiciales que deduzcan los aseguradores respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la Superintendencia puede equivocarse y ordenar un pago que no corresponde, de lo que se podrá reclamar mediante los recursos pertinentes. Indicó que le parece adecuado que se efectúe la compensación deduciéndola del monto de la garantía, pero hizo presente su desacuerdo con que ésta deba ser

repuesta en un plazo tan breve y perentorio, mientras se discute un cobro que puede ser erróneo. Finalmente, abogó por que los recursos deducidos interrumpieran los efectos de la orden impugnada.

Con respecto al inciso tercero, el Ejecutivo explicó que se optó por la fórmula de privar a los recursos del efecto suspensivo debido a la experiencia que en la materia han tenido otros países que han instaurado este tipo de Fondos. La intención ha sido resguardar su integridad y funcionamiento y evitar, de esta forma, un perjuicio mayor.

Sobre el particular, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la capacidad económica del Gobierno es mayor que la de las Instituciones de Salud Previsional y que el Fondo de Compensación Solidario no se desfinanciará porque una Institución no pague. Agregó que sería distinto si lo que se desea es sancionar a quien retiene maliciosamente el pago.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que el problema radica en la lentitud de los procesos judiciales y agregó que de esa situación busca precaverse el Ejecutivo mediante la negación del efecto suspensivo de los recursos. Como solución, propuso establecer un procedimiento breve y expedito.

El Honorable Senador señor Boeninger, respecto del plazo para reintegrar la garantía, abogó por mantener la simetría con lo que establece el artículo 26 de la ley N° 18.933, que concede un plazo de veinte días hábiles para tal efecto. Respecto de los recursos, propuso dejar de manifiesto la inquietud sobre el punto, con el acuerdo de perfeccionarlo con ocasión del segundo informe.

La Comisión estuvo mayoritariamente de acuerdo con la proposición anterior y se procedió a someter a votación el artículo, ampliando el plazo de tres a veinte días hábiles.

-Los incisos primero y segundo fueron aprobados, con la modificación referente al plazo y otras de tipo formal, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

-El inciso tercero fue aprobado sin enmiendas, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

Artículo 28
(Pasa a ser artículo 33)

Señala que los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministerio de Hacienda.

La indicación del Ejecutivo mantuvo esta norma, sin enmiendas.

-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

**TÍTULO IV
DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

Artículo 29

Crea el Fondo Maternal Solidario y dispone que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 30

Establece la forma en que se constituirá el Fondo Maternal Solidario, indicando, en tres literales, las fuentes de financiamiento del mismo.

Artículo 31

Impone a la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, la obligación de transferir, a las entidades que indica, los recursos para el pago de los subsidios que originen el descanso de maternidad, del artículo 195, y el permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año, del artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

El inciso segundo agrega que, con igual imputación, la Superintendencia pagará a la institución a que esté afiliado el cotizante, los subsidios mencionados, los que, en el caso de las Instituciones de Salud Previsional, deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes, en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 32

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se efectuará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 33

Dispone que el reglamento al que alude este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por los Ministros de Hacienda y del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 34

Regula la operación del Fondo Maternal Solidario, señalando que se hará sobre la base de un programa anual, preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social, aprobado mediante decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que deba comenzar a regir.

Dicho programa contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO V DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 35

Establece el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario y señala que su objetivo será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imposables, regula el monto del mismo y fija el parámetro para su cálculo.

Artículo 36

Dispone que el Subsidio será de cargo fiscal y será pagado a través del Fondo Maternal Solidario.

TÍTULO VI DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Los artículos 37 a 53, que integran este Título, crean la Superintendencia de Salud, regulan su competencia, funciones, integración,

estructura y procedimientos y establecen normas básicas para su funcionamiento y sobre personal.

-El Presidente de la República, con fecha 1 de marzo de 2004, formuló indicación para eliminar los Títulos IV, Del Fondo Maternal Solidario, Título V, Del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, y Título VI, De la Superintendencia de Salud.

-Esta indicación supresiva fue aprobada y, en consecuencia, los citados Títulos y los artículos que los componen fueron rechazados, con el voto de la unanimidad de los miembros de esta Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso incorporar el epígrafe siguiente:

**“TÍTULO IV
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA”**

-El epígrafe fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Con ocasión del análisis de esta indicación, la Comisión contó con la colaboración del abogado especialista en Derecho Administrativo, don Pedro Pierry Arrau.

El señor Pierry inició su intervención explicando que el número de demandas por responsabilidad médica en contra del Estado ha aumentado en forma explosiva en los últimos años. Agregó que, en el ámbito de la responsabilidad extracontractual, la indemnización del daño moral es el elemento económicamente más relevante, correspondiendo a los tribunales apreciarlo prudencialmente.

Continuó señalando que, si no se establecen reglas especiales, deben aplicarse las de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado³, cuerpo normativo cuyo artículo 4º consagra la responsabilidad del Estado por daños causados por los órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones. El artículo 44 del mismo texto legal precisa que los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio, sin perjuicio del derecho del Estado a repetir en contra del funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

³ Su texto refundido, coordinado y sistematizado es el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio Secretaría General. De la Presidencia, de 2001.

Reconoció que esta interpretación ha sido puesta en duda por los partidarios de la teoría de la responsabilidad objetiva, quienes argumentan a favor de su posición fundándose en la modificación introducida por la ley N° 18.825, de 17 de agosto de 1989, al artículo 38, inciso segundo, de la Constitución Política de la República —norma relativa al derecho a reclamar por hechos lesivos ocasionados por la administración, sus organismos o las municipalidades— y que consistió en la eliminación de la referencia a los tribunales contencioso-administrativos, reemplazándola por otra a los tribunales, sin calificativos.

Agregó que la tesis de la responsabilidad objetiva se vio debilitada porque, con ocasión de la discusión de la Ley de Probidad Administrativa, N° 19.653, se intentó suprimir el artículo 44, hoy 42, de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y modificar el artículo 4º, dando una mayor apariencia de que se optaba definitivamente por aquella especie de responsabilidad. Sin embargo, las modificaciones no prosperaron, debido a que el Presidente de la República vetó las normas respectivas, justamente para evitar dicha interpretación.

Señaló, además, que la Tercera Sala de la Corte Suprema, con especial dedicación a las materias administrativas, ha sostenido que la responsabilidad objetiva no se aplica como regla general en nuestro derecho, dándosele sólo un empleo excepcional, cuando así lo prescribe la ley.

Aclaró que este debate doctrinario ha generado una jurisprudencia oscilante, habiendo sido condenado el Estado, en algunas ocasiones, sobre la base de una mera relación de causalidad.

En relación con el proyecto en informe, expresó que la regulación de la responsabilidad en el ámbito de la salud debería consagrar la que proviene de falta de servicio, y limitar las demandas a través de distintos mecanismos.

Al efecto sugirió, en primer término, exigir el agotamiento previo de la vía administrativa. Esto es, la obligatoriedad de recurrir a la autoridad administrativa y deducir ante ella los recursos pertinentes, como requisito *sine qua non* para reclamar judicialmente.

En segundo lugar, precisando el contenido del concepto de falta de servicio, expresó que consiste en que el Estado responda por sus funcionarios cuando estos actúan con culpa o dolo, cuando el servicio no funciona, debiendo hacerlo o cuando funciona mal, sin que en estas dos últimas hipótesis se exija culpa o dolo del funcionario. Lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad de repetir en contra del empleado del Estado que haya incurrido en falta personal.

Consultado por el Honorable Senador señor Espina, respecto de cómo evitar que el reclamante se dirija a los tribunales sin agotar previamente la vía administrativa, el abogado señor Pierry explicó que, allí donde el derecho comparado ha optado por el agotamiento previo de la vía

administrativa, le ha dado carácter obligatorio. Agregó que la Ley de Bases de los Procedimientos Administrativos, N° 19.880, establece plazos breves y reconoce el silencio administrativo, lo que significa que, si la Administración no responde o rechaza los recursos deducidos ante ella, el interesado podrá demandar.

Frente a una consulta formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, respecto de la regulación del daño moral en nuestra legislación, el abogado señor Pierry expresó que se trata de un tema nuevo para el derecho chileno. Agregó que, en derecho comparado, son los tribunales contencioso administrativos los que determinan el daño moral en el ámbito de la responsabilidad del Estado. Considerando que en nuestro país este tipo de tribunales no existe, sugirió limitar las indemnizaciones por daño moral en la ley, en términos generales. Preciso que en el procedimiento administrativo previo –en caso de acogerse el agotamiento previo de la vía administrativa- la Administración puede definir criterios respecto de los montos máximos de indemnización en que está dispuesta a transigir.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo preguntó cómo opera la falta de servicio tratándose de la garantía explícita de oportunidad.

Sobre el particular, el abogado señor Pierry explicó que, en virtud del proyecto de ley en estudio, el Estado contrae la obligación jurídica de atender oportunamente a las personas que tienen el derecho correlativo y su incumplimiento genera el derecho a demandar por falta de servicio.

En consecuencia, y considerando la definición que de la Garantía Explícita de oportunidad hace el artículo 4° del pr, la responsabilidad surge una vez transcurridos los plazos allí señalados, sin que se otorgue la atención requerida. No obstante, esto tendrá lugar en la medida en que la falta de atención oportuna se haya debido a que el servicio funcionó mal, debiendo hacerlo bien.

A continuación se procedió a analizar la indicación del Ejecutivo, siguiendo la numeración de los artículos propuestos por ella.

Artículo 50
(Pasó a ser artículo 39)

Establece la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El inciso segundo define la falta de servicio, y al efecto señala que hay tal “cuando por incumplimiento de las normas legales o reglamentos que rigen la actividad, el órgano no funciona, funciona mal o funciona tardíamente.”.

Finalmente, el inciso tercero impone al particular la obligación de probar que el perjuicio es resultado de la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

El profesor Pierry sugirió eliminar el segundo inciso, que define la falta de servicio. Hizo presente que puede existir falta de servicio aun cuando se cumpla con la ley y los reglamentos, sugiriendo entregar la determinación de su alcance al juzgador. Además, recomendó agregar al primer inciso una disposición que consagre la responsabilidad estatal por la actuación culposa o dolosa de sus funcionarios.

El Ejecutivo sostuvo que, aun cuando la doctrina ha acuñado una definición de falta de servicio, se prefirió incluir una en el inciso segundo de este precepto, con el fin de evitar la dispersión de las interpretaciones.

Consultado por la Comisión, el profesor Pierry expresó que la definición no es adecuada, por las razones antes expuestas, y reiteró la inconveniencia de limitar por ley el concepto.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo solicitó que explicara la diferencia entre responsabilidad objetiva y responsabilidad por falta de servicio.

Sobre el particular, el profesor Pierry explicó que la falta de servicio no es una responsabilidad objetiva, pues no corresponde a lo que en el derecho civil se entiende como tal: aquella en que basta la existencia del vínculo o relación causal entre el hecho y el daño. En el derecho civil, agregó, el elemento culpa o dolo es esencial en la responsabilidad subjetiva.

Precisó que la responsabilidad objetiva no supone necesariamente ausencia de culpa o dolo, sino que basta la relación de causalidad entre el hecho y el daño para generar la obligación de reparar perjuicios. Señaló que, en el caso de la falta de servicio, no es suficiente establecer la relación de causalidad, sino que se precisa que haya mal funcionamiento del servicio o no funcionamiento del mismo, con lo que se descarta la responsabilidad objetiva.

El doctor Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, hizo presente que, en derecho comparado, se exime de responsabilidad al médico y al servicio cuando se han cumplido los protocolos de tratamiento. El señor Pierry concordó con lo anterior y añadió que, al cumplirse los protocolos, no hay falta de servicio, sin perjuicio de las responsabilidades que puedan provenir de errores en los protocolos mismos.

La Comisión, teniendo en cuenta los antecedentes expuestos, acordó acoger el inciso, modificándolo, en el sentido de establecer que los órganos de la Administración del Estado, en materia sanitaria, serán responsables también por la culpa o dolo de sus funcionarios, y que el Estado tendrá derecho a repetir en contra de éstos, si han incurrido en falta personal.

Resolvió, asimismo, eliminar el inciso segundo propuesto por la indicación y sustituirlo por otro, que dispone que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

Finalmente, convino en aprobar el inciso tercero propuesto, sin enmiendas.

Cabe señalar que se debatió la posibilidad de exigir, como requisito para comprometer la responsabilidad extracontractual del Estado, la concurrencia de culpa grave del funcionario. Es decir, una negligencia de tal entidad que se asimile civilmente al dolo o intención de dañar, y que es definida por el artículo 44 del Código Civil como “no manejar los negocios ajenos con aquel cuidado que aun las personas negligentes y poco prudentes suelen emplear en sus negocios propios”. Sin embargo, este punto, igual que el agotamiento previo de la instancia administrativa para accionar judicialmente en orden a hacer efectiva la responsabilidad estatal en materia de atención médica, quedaron para un examen más detenido, con ocasión del segundo informe.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones especificadas, con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 51

Dispone que, en el evento de que los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria fueran condenados en juicio, por la existencia de falta personal de un funcionario en el ejercicio de sus funciones o con los elementos proporcionados por el servicio, habrá derecho a repetir en contra del funcionario.

La Comisión se inclinó por el rechazo del artículo, por considerar que la materia ya ha sido regulada en el artículo 50, en virtud de las modificaciones incorporadas a él.

-En consecuencia, el artículo fue rechazado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 52

Esta disposición regula la prescripción de las acciones de responsabilidad y la fija el plazo en dos años, contados desde la acción u omisión.

Cabe señalar que la regla general en la materia está definida por el artículo 2.332 del Código Civil, norma que dispone que este tipo de acciones prescribe en cuatro años, contados desde la perpetración del acto que ocasionó el perjuicio.

El Honorable Senador señor Espina discurrió sobre aquellas situaciones en que el daño se produce después de transcurrido el breve plazo de prescripción propuesto y sugirió considerar la posibilidad de computarlo desde que se manifiesta el daño.

El señor Ministro declaró su oposición a lo anterior, señalando que es muy complejo y difícil precisar la relación entre causa y efecto en los actos médicos.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Boeninger señaló que aquel daño que se manifiesta años más tarde puede ser resultante de causa sobreviniente.

Los Honorables Senadores señores Espina y Viera-Gallo concordaron en proponer el rechazo del artículo, para que resulte aplicable la regla general del artículo 2.332 del Código Civil, sin perjuicio de lo que la jurisprudencia pueda resolver, considerando las particularidades de la responsabilidad extracontractual del Estado en materia sanitaria.

-Fue rechazado con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo 53
(Pasa a ser artículo 40)

Prescribe que el juez, para determinar la indemnización por el daño moral, deberá considerar la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado, atendiendo su edad y condiciones físicas.

Su inciso segundo agrega que no se indemnizarán los daños derivados de hechos o circunstancias imposibles de prever o evitar, atendiendo el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

El profesor Pierry destacó que esta disposición constituye una norma innovadora, en cuanto recoge la modificación de las condiciones de existencia como elemento que servirá para definir el monto de la indemnización; además, la calificó de conveniente, debido a que contribuirá a dar flexibilidad a la decisión jurisdiccional.

-La Comisión se pronunció separadamente respecto de cada uno de los incisos que componen el artículo. El primero fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora

Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. El segundo fue aprobado por cuatro votos contra uno, manifestándose a favor los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y en contra el Honorable Senador señor Espina.

Artículo 54
(Pasa a ser artículo 41)

Establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

El inciso segundo precisa que, en cambio, no serán responsables del incumplimiento, derivado de la acción u omisión de los prestadores de salud inscritos ante la Superintendencia de Salud, en el otorgamiento de las prestaciones mismas.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, expresó que la norma del inciso segundo obedece al interés de no imputar a los aseguradores el incumplimiento de los prestadores.

La Comisión acordó aprobar el artículo, acogiendo una propuesta del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, en el sentido de precisar que, en el caso del inciso segundo, responden los prestadores de salud pertinentes.

-Fue aprobado, con la modificación propuesta y otras formales, necesarias para concordarlo con el resto del articulado, con el voto de la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

A solicitud de la Comisión, el profesor Pedro Pierry preparó la propuesta destinada a incorporar el agotamiento previo de la vía administrativa, que se consigna a continuación:

“El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los órganos de la Administración en materia sanitaria, requiere el agotamiento previo de la vía administrativa.

El afectado deberá presentar la solicitud de reparación económica de los daños ocasionados, ante el respectivo Director del Servicio de Salud, especificando las lesiones producidas o las circunstancias de la muerte, en su caso, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio, la falta que se imputa y la evaluación económica de la responsabilidad

patrimonial; acompañando todos los antecedentes que estime convenientes, dando de esta forma inicio al procedimiento administrativo, que se regirá, en todo lo no previsto por esta ley, por lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo.

El plazo para presentar la solicitud de reparación económica será de cuatro años, contados desde que ocurrieron los hechos; esto es, desde la acción u omisión de la autoridad sanitaria. La presentación de la solicitud de reparación interrumpe la prescripción durante el tiempo que dure el procedimiento administrativo.

El Director del Servicio de Salud podrá delegar la instrucción del procedimiento administrativo en un abogado de la Fiscalía del Servicio. En todo caso, la resolución que ponga término al procedimiento deberá ser firmada por el Director del Servicio.

El procedimiento administrativo terminará por el rechazo o la aprobación de la solicitud. En caso de aprobación, deberá señalar el monto de la indemnización que el Servicio de Salud dispone pagar, que podrá ser distinto al solicitado por el interesado. Determinará, además, si existe falta de servicio del órgano o si se trata de una falta personal del funcionario que haya incurrido en culpa grave o dolo. Esta última declaración no producirá otro efecto, respecto del funcionario, que la obligación del Servicio de demandar ante los tribunales ordinarios para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado, donde deberá probar la culpa o dolo del funcionario. En todo caso, el funcionario afectado podrá siempre intervenir como tercero en el procedimiento administrativo.

El sumario administrativo correspondiente, si lo hubiera, será siempre acompañado al expediente administrativo.

En caso que aparezcan otras personas afectadas por los mismos hechos que se refieran a una determinada víctima, como cónyuge, conviviente, padres, o hermanos, deberán concurrir todos al procedimiento administrativo, personalmente o a través de representante legal, el que no podrá continuar sin ellos. Tratándose de daño moral por muerte, el Servicio de Salud, de oficio, deberá establecer quienes tienen derecho a indemnización y, por lo tanto, a intervenir en el procedimiento, procediendo a su notificación para que intervengan en él. Pendiente la ubicación y notificación de dichas personas, se suspende el plazo del procedimiento.

Antes de resolver la solicitud de reparación económica, deberá recabarse un informe del Consejo de Defensa del Estado, el que deberá pronunciarse proponiendo el rechazo o la aceptación de la solicitud, teniendo en cuenta los antecedentes del procedimiento, analizando la relación de causalidad y la existencia o no de falta de servicio. En caso de aceptación, propondrá la valoración del daño y la cuantía de la indemnización, considerando los criterios de la defensa del Estado en materia de responsabilidad extracontractual. El informe del Consejo de Defensa del Estado, que deberá evacuarse de acuerdo con lo

dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo, no será vinculante para la autoridad sanitaria.

Sin perjuicio del recurso de reposición, la parte en el procedimiento, o los terceros interesados, podrán interponer el recurso de tutela ante el Ministro de Salud. El Ministro podrá delegar la facultad de resolución en el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Ejecutoriada que sea la resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de indemnización por un monto distinto del solicitado, la parte tendrá el plazo de diez días hábiles para manifestar por escrito su aceptación, transcurridos los cuales sin haberse pronunciado, se entenderá rechazada por el interesado la resolución del Servicio.

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá reducirse a escritura pública, firmada por el director del Servicio o por el funcionario en quien delegue esta precisa función y la parte solicitante, la que deberá renunciar a todas las acciones judiciales correspondientes. Dicha escritura tendrá carácter de transacción, para todos los efectos legales.

Un reglamento del Presidente de la República fijará los montos máximos que puedan pagar los Servicios de Salud por el daño moral proveniente de la responsabilidad extracontractual, tanto a la víctima directa, como a los parientes de la misma, en caso de muerte u otra lesión de tal magnitud que lo justifique.”.

La Comisión acordó analizar esta proposición en profundidad con ocasión del segundo informe que emita respecto de esta iniciativa. Cabe consignar que, conforme a la Constitución Política de la República, se requiere patrocinio del Presidente de la República para promover esta propuesta, toda vez que la misma incide en materias de su iniciativa exclusiva.

Finalmente, se deja **constancia** que la Comisión, recogiendo un planteamiento del Honorable Senador señor Espina, no está de acuerdo con incluir un informe previo del Consejo de Defensa del Estado en relación con la solicitud de reparación económica, como se plantea en la propuesta del profesor Pierry.

ARTICULOS TRANSITORIOS

Artículo primero

Establece, como fecha límite para la promulgación del primer Régimen de Garantías en Salud, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El inciso segundo agrega que el citado Régimen comenzará a regir desde el primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

El inciso tercero estipula que los contratos de salud previsional celebrados antes de la entrada en vigencia del Régimen deberán ceñirse a él, y que los celebrados con anterioridad se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso incorporar al Título I del proyecto un artículo 19, que establece el cronograma al cual se sujetará la implementación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Para este efecto, la proposición consta de tres numerales, que señalan que los decretos que contengan el Régimen de Garantías en Salud regirán desde el 1 de abril de 2005, el 1 de abril de 2006 y el 1 de abril de 2007, respectivamente. En todos ellos se previene que, si en las fechas señaladas, el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación.

Los citados numerales señalan la cantidad límite de patologías o condiciones de salud que los decretos podrán contener, indicando que esas patologías o condiciones de salud, en su conjunto, no podrán representar, a la fecha de promulgación del decreto, una Prima Universal anual superior al monto que se indica en unidades de fomento. En efecto, el primer decreto no podrá contener más de 25 patologías o condiciones de salud; el segundo, no más de 40 y el tercero, no más de 56, las que no podrán representar una prima universal superior a 0,92 unidades de fomento; 1,84 unidades de fomento, y 2,75 unidades de fomento, respectivamente.

El inciso final dispone que el procedimiento establecido por esta ley para la elaboración del decreto de Garantías Explícitas en Salud no será aplicable al contemplado en el numeral 1) de este artículo, y agrega que la elaboración de los restantes decretos deberá cumplir con todos los trámites que se regulan en el articulado de esta iniciativa.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso consultar el artículo como transitorio, debido a que su naturaleza así lo aconseja. Además, hizo presente la conveniencia de perfeccionar su redacción, con el fin de destacar lo medular de la norma, que dice relación con la fecha de inicio de cada una de las tres etapas que reconoce el cronograma propuesto por el Ejecutivo, el número de patologías o condiciones de salud incluido en cada una de ellas y el monto máximo de la Prima Universal por etapa.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Boeninger propuso eliminar la referencia a “decreto”, ya que es el Régimen, y no el decreto que lo aprueba, el que entra en vigencia en las fechas que señala el cronograma en análisis.

La Comisión, teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, acordó consultar esta disposición como artículo primero transitorio. Asimismo, convino en acoger la indicación del Ejecutivo, con modificaciones destinadas a simplificar y precisar su redacción, en los términos consignados en el proyecto que se inserta más adelante.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El Presidente de la República, mediante indicación de 1 de marzo de 2004, propuso incorporar el siguiente artículo transitorio:

“Artículo tercero.- Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud previsional vigentes a la época de entrada en vigencia del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar desde esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Isapres estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y el plan complementario.

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, lo afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previsional que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Isapre determine para las Garantías Explícitas y el plan complementario.”.

Cabe señalar que esta disposición recoge el inciso final del artículo primero aprobado por la Cámara de Diputados.

El Ejecutivo explicó que esta norma precisa el momento desde el cual las Garantías Explícitas en Salud comenzarán a constituir parte del marco legal que debe ser incorporado a los contratos de salud previsional de la ley N° 18.933. Al efecto, se dispone que los que se celebren después de la entrada en vigor de las Garantías Explícitas del Régimen, deben ajustarse a sus disposiciones, y que los que estén vigentes a esa fecha deberán conformarse a estas regulaciones al cumplirse la primera anualidad. Sin perjuicio de franquear la posibilidad del cotizante de solicitar a su Institución de Salud Previsional el ajuste inmediato de su contrato a las Garantías Explícitas en Salud, pagando el precio de dicho ajuste desde que ello ocurra.

La Comisión acordó aprobar esta disposición, perfeccionando su redacción mediante enmiendas formales, en los términos consignados en el capítulo de modificaciones.

Como consecuencia de los cambios sufridos por el texto, esta disposición será consultada como artículo cuarto transitorio.

-Aprobado, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo segundo transitorio

Establece la fecha de entrada en vigencia del Fondo de Compensación Solidario, del Fondo Maternal Solidario y del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, fijando como tal la misma en que entre en vigor el primer Régimen de Garantías en Salud.

El Presidente de la República, mediante indicación de 1 de marzo de 2004, formuló indicación al presente artículo, con el fin de eliminar la referencia a el Fondo Maternal Solidario y al Subsidio Compensatorio de los Aportes al fondo Maternal Solidario.

La Comisión acogió la indicación previamente reseñada y estimó innecesario precisar que el Fondo de Compensación Solidario entrará a regir junto con el Régimen de Garantías en Salud, por lo que decidió eliminar todo el artículo.

-El artículo fue suprimido, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículos tercero a quinto transitorios

El artículo tercero transitorio precisa que el Fondo Maternal Solidario, desde su entrada en vigencia, será el continuador legal del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, respecto de las obligaciones que indica.

El artículo cuarto transitorio faculta al Presidente de la República, por el término de un año contado desde la fecha de publicación de la ley, para dictar uno o más decretos con fuerza de ley destinados a regular la Superintendencia de Salud.

El artículo quinto transitorio transforma la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional en planta de la Superintendencia de Salud.

El Presidente de la República formuló indicación, de fecha 1 de marzo de 2004, con el fin de suprimir estas disposiciones, lo que resulta concordante con la decisión adoptada por la Comisión al aprobar la indicación para eliminar los Títulos IV, V y VI, relativos al Fondo Maternal Solidario, al Subsidio Compensatorio de los Aportes al citado Fondo Maternal Solidario y a la Superintendencia de Salud, respectivamente. Lo anterior, debido a que los dos primeros serán tratados en otra iniciativa y el último fue regulado por el proyecto de ley que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, actual ley N° 19.937.

-La indicación fue aprobada y los artículos tercero a quinto transitorios eliminados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo sexto transitorio

Estatuye que, con el fin de proceder a dictar las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3° de esta ley, en relación con la garantía de oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera.

La Comisión acordó rechazar este artículo, por innecesario, ya que la idea que lo inspira fue incorporada, subsumida, en las modificaciones introducidas al proyecto en el curso de este segundo trámite constitucional.

-El rechazo fue acordado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo segundo transitorio (nuevo)

El artículo 20, propuesto por la indicación del Presidente de la República formulada con fecha 30 de marzo de 2004, señala el límite máximo en que puede incrementarse el valor de la Prima Universal que se fije en el primer decreto dictado después del que apruebe las Garantías Explícitas en Salud que entrarán en vigor el 1 de abril de 2007.

Al efecto señala que el aumento del valor de la Prima no podrá exceder de la variación real que experimente el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que entrarán en vigor el 1 de abril de 2005 y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso consultar esta disposición como artículo transitorio, considerando que regula una situación específica y limitada en el tiempo.

La Comisión acogió la sugerencia de la señora Senadora y aprobó esta disposición, adecuando su redacción a los acuerdos anteriores, incluyéndola como artículo segundo transitorio.

-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Artículo tercero transitorio (nuevo)

El Presidente de la República, mediante indicación de 30 de marzo de 2004, propuso agregar un artículo 44, nuevo, al Párrafo 1º del Título II, del siguiente tenor:

“Artículo 44.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos a que se refieren los números 1, 2 y 3 del artículo 19, los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la prima universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso consultar este artículo como transitorio, atendida su naturaleza.

El Honorable Senador señor Boeninger reiteró sus aprensiones frente a la posibilidad de incorporar nuevas variables al modelo de compensación de riesgos, distintas del sexo y la edad, considerando la falta de información verificada que permita medir otro tipo de variables.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esqvide discrepó del planteamiento anterior y destacó la conveniencia de incorporar tantas variables como sean necesarias para completar los antecedentes que permitan compensar efectivamente los mayores riesgos que soportan algunos grupos de la población y que exceden con largueza a las variables de sexo y edad.

La Comisión, considerando la naturaleza de esta disposición, acordó consultarla como artículo transitorio.

-La indicación fue aprobada como artículo tercero transitorio, con ajustes formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

VOTACION EN GENERAL

Una vez concluida la discusión en particular que se ha resumido, la Comisión se pronunció sobre la idea de legislar.

Sometido a votación el proyecto que proponemos más adelante, fue aprobado en general, en forma unánime, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados, -que originalmente contemplaba cincuenta y tres artículos permanentes, divididos en seis títulos, y tres artículos transitorios- vio alterada su fisonomía en el curso de la tramitación en la Comisión de Salud, en virtud de los acuerdos que ella adoptó y de diversas indicaciones formuladas por el Presidente de la República.

La nueva estructura consta de cuarenta y un artículos permanentes, agrupados en cuatro Títulos, y cuatro transitorios.

El Título I, "Del Régimen de Garantías en Salud", comprende los artículos 1º a 26 y se divide en seis párrafos, denominados "Disposiciones Generales", "De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", "Del Consejo Consultivo", "De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud", "De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud" y "Otras obligaciones", respectivamente.

El Título II, “Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal”, comprende los artículos 27 a 34 y se divide en dos párrafos, el primero, relativo a la creación y administración del Fondo, y el segundo, referido al aporte fiscal por concepto de Prima Universal.

El Título III, “Disposiciones Varias”, comprende los artículos 35 a 38, que introducen diversas modificaciones a las leyes N°s 18.469 y 18.933 y al decreto ley N° 2.763, de 1979. Además, declara expresamente que determinadas sobre atención médica curativa, que indica, conservarán su vigencia.

El Título IV, “De la Responsabilidad en materia sanitaria”, comprende los artículos 39 a 41.

Fueron eliminados los Títulos IV, V y VI, relativos a Fondo Maternal Solidario, al Subsidio Compensatorio de los Aportes al citado Fondo Maternal Solidario y a la Superintendencia de Salud, respectivamente. Lo anterior, debido a que los dos primeros serán tratados conjuntamente con la nueva normativa de Instituciones de Salud Previsional y el último fue incluido en el proyecto de ley que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

Los principales contenidos del proyecto aprobado por la Comisión de Economía del Senado, son los siguientes:

1.- Crea el Régimen de Garantías en Salud, definido como un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, que establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación o paliativo que el Fondo Nacional De Salud debe cubrir a sus beneficiarios. El Régimen de Garantías en Salud contempla dos tipos de garantías en salud: las explícitas y las que no lo son.

Las Garantías Explícitas, definidas legalmente, permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad. Se caracterizan por que deben ser las mismas para los beneficiarios del sistema público (Fondo Nacional De Salud) y el privado (Instituciones de Salud Previsional) y por constituir derechos para los beneficiarios de ambos sistemas.

2.- Establece el procedimiento para determinar las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, el que consta de las siguientes etapas:

- el Ministerio de Hacienda fija el marco presupuestario y el valor de la prima universal.
- el Ministerio de Salud, tomando en consideración estudios y diversos aspectos detallados por el proyecto, elabora una propuesta preliminar de

enfermedades, condiciones de salud y prestaciones asociadas, que gozarán de garantías explícitas.

- un consultor externo, definido mediante licitación, realiza un estudio de verificación de costos respecto de la propuesta preliminar.
- la propuesta verificada es sometida al Consejo Consultivo, que emite una opinión técnica, no vinculante.
- el Ministerio de Salud dicta un decreto, que debe ser suscrito también por el Ministerio de Hacienda, aprobando el RGS, definiendo las patologías, condiciones de salud y prestaciones asociadas que gozarán de Garantías Explícitas y determinando, para cada patología, el momento desde el cual ellas pueden exigirse.

3.- Crea el Consejo Consultivo, definido como un organismo asesor del Ministro de Salud en lo relativo al análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud. Se compone de nueve miembros de reconocida idoneidad, quienes duran tres años en sus cargos, pudiendo renovarse una única vez y no perciben remuneración por su labor. Será presidido por uno de los consejeros y su coordinación estará a cargo de un Secretario Ejecutivo, designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

4.- Determina la vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y dispone su revisión cada tres años, período que se prorrogará tácitamente, con la misma duración, si al vencimiento del plazo no se hubieran verificado modificaciones.

5.- Impone al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional el cumplimiento obligatorio de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, para con sus respectivos beneficiarios, y limita el otorgamiento de prestaciones al territorio nacional, sin perjuicio del acuerdo de las partes en un sentido diferente, en el sistema privado de salud.

6.- Impone a los prestadores de salud, desde el momento en que se hacen exigibles las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, el deber de informar a los beneficiarios, de los sistemas público y privado, que tienen derecho a ellas.

7.- En lo relativo a la forma obtener las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, se distingue entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los afiliados a Instituciones de Salud Previsional. Los primeros, deberán acceder a la respectiva Red Asistencial a través de la atención primaria de salud, excepto casos de urgencia oportunamente certificados. Podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, en cuanto ello no obste al cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad. Podrán optar por atenderse conforme a la Modalidad de Libre Elección, pero, en este caso, no regirán las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

Los afiliados a Instituciones de Salud Previsional que deseen acceder a las Garantías Explícitas, a quienes se haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que determine la Institución de Salud Previsional, conforme al plan contratado para el efecto. Podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario; sin embargo, en ese caso, no podrán exigir las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud.

8.- Crea el Fondo de Compensación Solidario, que será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud y cuyo objetivo será solidarizar riesgos en salud, respecto de las prestaciones garantizadas explícitamente, entre los beneficiarios de los sistemas público y privado.

A través del Fondo se compensarán entre sí el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional por la diferencia entre la Prima Universal, que es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios de ambos sistemas, y la prima ajustada por riesgos, que es el gasto esperado individual, correspondiente a sus respectivos beneficiarios, en base a un modelo de compensación de riesgos que considere, al menos, las variables de sexo y edad.

9.- Dispone que la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos se determinarán mediante cálculos actuariales que serán encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos idóneos, y que serán considerados por los Ministerios de Salud y Hacienda al determinar, por decreto supremo conjunto, el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos.

10.- Establece que el Fisco, con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud, efectuará un aporte al Fondo Nacional de Salud por cada persona adscrita al sistema público que, por indigencia o por carecer de recursos, está legalmente exenta de efectuar cotizaciones de salud, y por quienes efectúen cotizaciones insuficientes para cubrir el valor de la prima universal.

11.- Introduce modificaciones a las leyes N°s 18.469 y 18.933, con el fin de adecuar sus disposiciones al Régimen de Garantías en Salud creado por este proyecto de ley.

12.- Consagra la responsabilidad extracontractual del Estado por daños originados en la falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios, sin perjuicio del derecho de aquél a repetir en contra de éstos, si hubieran incurrido en falta personal. El particular deberá probar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio.

Establece que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera, al acto médico propiamente tal, de responsabilidad por falta de servicio.

Dispone que en la evaluación del daño moral el tribunal deberá atender a la gravedad del daño y al cambio de las condiciones de existencia del afectado, dadas su edad y sus condiciones físicas.

Establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional responderán por falta de servicio y por incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de la Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, en cuanto el incumplimiento derive de su actuar. Si el incumplimiento es causado por la acción u omisión de los prestadores de salud, éstos serán los responsables, en lugar de los aseguradores.

13.- Establece el cronograma que hará posible la entrada en vigencia gradual de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, entre otras normas de carácter transitorio que permiten poner en marcha el nuevo Régimen.

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, vuestra Comisión de Salud propone las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en el primer trámite constitucional por la Honorable Cámara de Diputados:

Artículo 1°

- Suprimir su inciso primero.

(5 x 0)

- En el inciso segundo, sustituir la frase “El Régimen de Garantías en Salud es”, por “Las Garantías Explícitas en Salud forman”.

(4 x 0)

Artículo 2°

- Eliminar la oración “conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas”, y la coma (,) que la precede.

Artículo 3°

- Reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y

paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Isapres, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933. ”.

(5 x 0)

Artículos 4° y 5°

- Se sustituyen por el siguiente:

“Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario
(5 x 0)

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.
(4 x 0)

Párrafo 2°

De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud

- Reemplazar su epígrafe por el siguiente:

“De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículos 6° y 7°

- Sustituirlos por los que siguen:

“Artículo 5°.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 6º.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

(4 x 0)

Artículo 8º.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 9º.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 10.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las

Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 11.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 5°.

(5 x 0)

Artículo 12.- Los cambios en el valor de la Prima Universal que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.”.

(4 x 0)

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

- Eliminar las palabras “del Régimen de Garantías en Salud”.

(3 x 0)

Artículo 8°

- Pasa a ser artículo 14, reemplazado por el que sigue:

“Artículo 14.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.”

(3 x 0)

Artículo 9°

- Pasa a ser artículo 15, sustituido por el que sigue:

“Artículo 15.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”.

(3 x 0)

Artículos 10 y 11

- Pasan a ser artículo 16, reemplazados y refundidos en la forma que se indica enseguida:

“Artículo 16.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 11.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe. ”.

(4 x 0)

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

- Sustituir su epígrafe por el que sigue:

“De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículo 12

- Pasa a ser artículo 17, reemplazado como sigue:

“Artículo 17.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 2º y 3º de este Título.”.

(3 x 0)

Párrafo 5º

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

- Sustituir el epígrafe por el que se señala a continuación:

“De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”

(3 x 0)

Artículo 13

- Pasa a ser artículos 18 y 19, reemplazado en la forma que se indica enseguida:

“Artículo 18.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5º indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumpléndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 19.- Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.”.

(3 x 0)

Artículo 14

- Pasa a ser artículos 20 a 22, sustituido como sigue:

“Artículo 20.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

En caso contrario, deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 21.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

(3 x 0)

Artículo 22.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.”.

(4 x 0)

Artículo 15

- Pasa a ser artículo 23, reemplazado por el siguiente:

“ Artículo 23.- La Superintendencia de Salud, mediante instrucciones de general aplicación establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.”.

(3 x 0)

Párrafo 6°

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal

- Pasa a ser Párrafo 2° del Título II.

(3 x 2)

- Insertar el siguiente Párrafo 6°, y los artículos 24 a 26, nuevos:

“Párrafo 6° Otras obligaciones

Artículo 24.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 25.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace.

Artículo 26.- El decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.”.

(3 x 0)

Artículo 16

- Pasa a ser artículo 34, sustituido por el que sigue:

“Artículo 34.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud por cada una de las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y por aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado conforme el Párrafo anterior.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y de sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, siempre que esta diferencia sea mayor a cero.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar la indigencia o la carencia de recursos de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complemente las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.”.

(3 x 2)

Artículo 17

- Suprimirlo.

(5 x 0)

Título II DISPOSICIONES VARIAS

- Pasa a ser Título III.

(5 x 0)

Artículo 18

- Pasa a ser artículo 35, reemplazado por el siguiente:

“Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.”.

(4 x 0)

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

(3 x 2 abst.)

Artículo 19

- Pasa a ser artículo 36, sustituido por el siguiente:

“Artículo 36.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

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

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma(,).

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

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”.

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

“En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:”.

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

“a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.”.

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

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

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra “reemplace”, la expresión: “en la modalidad de libre elección”; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

“El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.”.

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 24 de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a

asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

(4 x 0)

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

(5 x 0)

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas garantías explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

(4 x 0)

Artículo 20 y 21

- Pasan a ser artículos 37 y 38, redactados como se expresa a continuación:

“Artículo 37.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

(3 x 1 abst.)

Artículo 38.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.”.

(4 x 0)

Título III DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

- Pasa a ser Título II, agregándose al final del epígrafe lo siguiente: “Y DEL APOORTE FISCAL”.

(3 x 0)

- Insertar a continuación el siguiente epígrafe:

“Párrafo 1°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario”

(3 x 0)

Artículo 22

- Pasa a ser artículo 27, reemplazado por el que sigue:

“Artículo 27.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, que tendrá por objetivo solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los de las Instituciones de Salud Previsional, con relación a las prestaciones garantizadas explícitamente, a que se refiere esta ley.

El referido Fondo será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud.”.

(3 x 0)

Artículos 23 a 26

- Pasan a ser artículos 28 a 30, sustituidos por los siguientes:

“Artículo 28.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la Prima Universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La Prima Universal es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.

Artículo 29.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que

permitan determinar la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, todo ello de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6º y siguientes.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiera evidencia de que ellas afectan significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejan preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y deberá haberse implementado el registro de éstas, para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

(3 x 2 abstenciones)

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

(4 x 1)

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.”.

(3 x 2 abst.)

Artículo 27

- Pasa a ser artículo 31, reemplazando la frase final “que el Ministerio de Salud imparta”, por “de general aplicación que imparta dicha Superintendencia”, y la palabra “indicadas”, por “indicados”.

(3 x 2 abst.)

- Intercalar el siguiente artículo 32, nuevo:

“Artículo 32.- La Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud de las obligaciones que establece este Título.

En caso de que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda, la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de la ley N° 18.933. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días hábiles y, si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

(3 x 2 abstenciones)

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.”.

(3 x 2)

Artículo 28

- Pasa a ser artículo 33, sin otra enmienda.

- Insertar enseguida el siguiente epígrafe:

“Párrafo 2°

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal”

(3 x 2 abst.)

- Como se dijo con anterioridad, el artículo 16, sustituido, pasó a ser el artículo 34, que integra este Párrafo.

Título IV DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

- Eliminarlo, así como los artículos 29 a 34, que lo componen.
(5 x 0)

Título V DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

- Suprimirlo, lo mismo que los artículos 35 y 36, que lo integran.
(5 x 0)

**Título VI
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

- Rechazarlo, al igual que los artículos 37 a 53, que lo conforman.
(5 x 0)

- - - - -

- Incorporar a continuación el siguiente Título IV, nuevo:

**“TITULO IV
DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA**

Artículo 39.- En materia sanitaria, los órganos de la Administración del Estado serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios. No obstante, el Estado tendrá derecho a repetir contra el funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

El cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Artículo 40.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

(5 x 0)

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

(4 x 1)

Artículo 41.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.”.

(5 x 0)

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero

- Sustituirlo por los siguientes artículos primero y cuarto transitorios:

“Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

1.- A contar del 1 de abril de 2005, las garantías se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.

2.- A contar del 1 de abril de 2006, las garantías se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.

3.- A contar del 1 de abril de 2007, las garantías se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.”.

(4 x 0)

“Artículo cuarto.- Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud de la ley N° 18.933, vigentes a la época de entrada en vigor del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar de esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y para el plan complementario.

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, los afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previ-

sional que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley, pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Institución de Salud Previsional determine para las Garantías Explícitas y para el plan complementario.”.

(5 x 0)

Artículos segundo a sexto

- Rechazarlos.

(5 x 0)

- Insertar los siguientes artículos segundo y tercero transitorios, nuevos:

“Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

(4 x 0)

Artículo tercero.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos que se dicten para dar aplicación al dispuesto en los números 1, 2 y 3 del artículo 1° transitorio, los Ministerios de Salud y de Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la Prima Universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.”.

(5 x 0)

Si son aprobadas las modificaciones anteriores, el proyecto de ley cuya aprobación propone la Comisión de Salud queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:

"TÍTULO I DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1° Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Párrafo 2º

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 5º.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 6º.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

Artículo 7º.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

Artículo 8º.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 9º.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 10.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio

acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 11.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 5°.

Artículo 12.- Los cambios en el valor de la Prima Universal que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo

Artículo 14.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 15.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 16.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 11.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la

Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

Párrafo 4°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 17.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 2° y 3° de este Título.

Párrafo 5°

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 18.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 5° indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumpléndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 19.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 20.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 21.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 22.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo

anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

Párrafo 6°

Otras obligaciones

Artículo 24.- En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

Artículo 25.- Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace.

Artículo 26.- El decreto de Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO Y DEL APOORTE FISCAL

Párrafo 1°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 27.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, que tendrá por objetivo solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y los de las Instituciones de Salud Previsional, con relación a las prestaciones garantizadas explícitamente, a que se refiere esta ley.

El referido Fondo será administrado y supervigilado por la Superintendencia de Salud.

Artículo 28.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí al Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la Prima Universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda a sus respectivos beneficiarios.

La Prima Universal es el gasto esperado individual promedio de todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las prestaciones señaladas en el artículo anterior, calculado conforme a los procedimientos que establezca el reglamento.

La prima ajustada por riesgos es el gasto esperado individual de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado de acuerdo al modelo de compensación de riesgos.

El modelo de compensación de riesgos es la fórmula mediante la cual se determina el monto de las compensaciones por concepto de ajuste de riesgo, a partir de un conjunto de variables que explican diferencias en el gasto esperado individual.

Artículo 29.- Un reglamento deberá establecer la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, todo ello de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6° y siguientes.

Dicho modelo considerará, a lo menos, las variables de sexo y edad, pudiendo incorporar otras de carácter epidemiológico, demográfico y socioeconómico, si existiera evidencia de que ellas afectan significativamente el gasto esperado individual en salud y no reflejan preferencias de las personas o condiciones particulares de oferta. Para estos efectos, se deberá disponer de información sistemática, confiable y representativa, para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto esperado individual, y deberá haberse implementado el registro de éstas, para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.

Los cálculos actuariales deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y el modelo de compensación de riesgos, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 30.- La Superintendencia de Salud determinará, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior, el o los montos efectivos de compensación para el Fondo Nacional de Salud y para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 31.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que imparta dicha Superintendencia.

Artículo 32.- La Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud de las obligaciones que establece este Título.

En caso de que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda, la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de la ley N° 18.933. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días hábiles y, si no lo hiciere, se le aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 33.- Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

Párrafo 2º

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal

Artículo 34.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud por cada una de las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y por aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado conforme al Párrafo anterior.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y de sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y de sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, siempre que esta diferencia sea mayor a cero.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar la indigencia o la carencia de recursos de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

TÍTULO III

DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 35.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6º:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8º por el siguiente:

“Artículo 8º.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente, por el saldo insoluto.”.

5.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

Artículo 36.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

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

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

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

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

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

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

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

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

"Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación

genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 24 de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el pre-

cio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

Artículo 37.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

Artículo 38.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TITULO IV DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Artículo 39.- En materia sanitaria, los órganos de la Administración del Estado serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios. No obstante, el Es-

tado tendrá derecho a repetir contra el funcionario que hubiera incurrido en falta personal.

El cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Artículo 40.- La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

Artículo 41.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

- 1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.
- 2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.
- 3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo tercero.- Para los efectos de realizar las compensaciones legales que procedan durante los períodos correspondientes a los tres decretos que se dicten para dar aplicación a lo dispuesto en los números 1, 2 y 3 del artículo 1° transitorio, los Ministerios de Salud y de Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la Prima Universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

Durante los períodos señalados en el inciso precedente, el referido modelo sólo podrá considerar las variables de sexo y edad de la población beneficiaria. Los cálculos actuariales respectivos podrán ser desarrollados directamente por el Ministerio de Salud o por la entidad que éste determine.

Artículo cuarto.- Los contratos de salud previsual que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del primer decreto que contemple las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud deberán sujetarse a él.

Los contratos de salud de la ley N° 18.933, vigentes a la época de entrada en vigor del referido decreto, deberán ajustarse a él en la primera anualidad que se cumpla a contar de esa fecha. Desde el señalado ajuste, las Instituciones de Salud Previsual estarán obligadas a otorgar las Garantías Explícitas y los afiliados estarán obligados a pagar los precios que las Instituciones determinen para dichas Garantías Explícitas y para el plan complementario.

Con todo, desde la época a que se refiere el inciso primero de este artículo, los afiliados podrán requerir de la Institución de Salud Previsual que sus contratos se ajusten a las disposiciones de esta ley, pagando, en consecuencia, desde la fecha del señalado ajuste, los precios que la Institución de Salud Previsual determine para las Garantías Explícitas y para el plan complementario.”.

Acordado en sesiones de fechas 28 de agosto; 4 de septiembre; 7, 13 y 14 de octubre; 9, 11 y 16 de diciembre de 2003; 6 de enero, y 2 de marzo de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señora Evelyn Matthei Fornet (Presidenta), Alberto Espina Otero, Mario Ríos Santander, Mariano Ruiz-Esquide Jara (Jorge Lavandero Illanes), (Sergio Páez Verdugo), y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

En un segundo período, se celebraron sesiones los días 29 y 30 de marzo, y 4, 6, 8, 12 y 13 de abril de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 30 de abril de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

**PRIMER INFORME DE LA COMISION DE SALUD ACERCA DEL
PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL REGIMEN DE GARANTIAS EN
SALUD.**

(Boletín N° 2947-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:

- Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud definidos por la autoridad en forma periódica.

- Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para ambos subsectores, el público y el privado.

- Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud cuyo acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera se encuentran garantizados por el Estado, se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente.

- Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Crear el Fondo de Compensación Solidario, cuya finalidad es compensar riesgos entre el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, provenientes de las variables sexo y edad.

- Adecuar las leyes N° 18.469 y N° 18.933 a los cambios generados por el proyecto.

- Regular la implementación gradual del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Regular la responsabilidad extracontractual del Estado en el área de la salud.

II. ACUERDOS: aprobado en general por unanimidad (5 x 0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISION: está formado por 41 artículos permanentes, agrupados en cuatro Títulos, y cuatro artículos transitorios.

IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL: El Título IV incorporado al texto por la Comisión, "De la Responsabilidad en Materia Sanitaria", tiene carácter de ley orgánica constitucional, porque desarrolla para dicho ámbito las reglas de los artículos 4º y 42 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

V. URGENCIA: a la fecha de este informe, no tiene urgencia vigente.

VI. ORIGEN INICIATIVA: mensaje del Presidente de la República.

VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS: 15 de enero de 2003.

IX. INICIO TRAMITACION EN EL SENADO: 21 de enero de 2003.

X. TRAMITE REGLAMENTARIO: primer informe.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

b) Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley N° 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

f) Ley N° 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

g) Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

h) Ley N° 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

i) Ley N° 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

- j) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.
- k) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- l) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- m) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- n) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- ñ) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- o) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- p) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- q) Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos.
- r) Ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

Valparaíso, 30 de abril de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

INDICE

Constancias y asistentes	1
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	2
Antecedentes de derecho	4
Discusión en general	6
Discusión en particular	18
Votación en General	97
Modificaciones	101
Texto del proyecto de ley	123
Sesiones y firmas	140
Resumen Ejecutivo	141
Indice	144