

**INFORME PROYECTO DE LEY QUE CREA “EL SEGURO DE SALUD CLASE MEDIA” A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE “LIBRE ELECCIÓN” DE FONASA. BOLETIN 12662-11.**

- 1. Antecedentes generales.** En virtud de este proyecto de ley, los beneficiarios de FONASA podrán optar a realizarse las prestaciones de salud que dicha institución determine previo copago de una suma que varía entre 2,5 (para los beneficiarios A) y 4,8 (para los beneficiarios B, C y D) ingresos mínimos mensuales (IMM), y a todo evento, el cuarenta por ciento de 12 veces el IMM vigente a la fecha de la activación.

Dichas prestaciones se realizarán, en orden de prelación, primero en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, y luego, en hospitales universitarios, hospitales dependientes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, y en subsidio de todos los anteriores, con instituciones privadas, con o sin fin de lucro.

Este seguro no se aplicará a aquellas prestaciones cubiertas por las Leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

A continuación se presentan observaciones y comentarios respecto de este proyecto, con ocasión de su segundo trámite constitucional.

- 2. Este proyecto se acota solo a la modalidad libre elección (MLE),** por lo cual no constituye una solución para los problemas estructurales o aspectos de fondo de la modalidad de atención institucional (MAI), integrada por los establecimientos de salud de los 29 servicios de salud que existen en el país<sup>1</sup>, que es aquella en la

---

<sup>1</sup> El artículo 2 del DFL 1, de 2005, del Minsal, 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, establece que “(...) *Las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboren en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe, constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en adelante el Sistema.*”

cual se atienden las personas mas vulnerables, y en particular, aquellos que han sido considerados dentro del tramo A de FONASA.

Cabe destacar que luego de una modificación al proyecto de ley original, se considera el acceso a esta modalidad a los beneficiarios FONASA A, previo copago de 2,5 IMM, lo que constituye una excepción a la regla general de la obligación de atenderse en la MAI.

**3. Este proyecto mantiene la lógica de dos sub sistemas de salud, uno para personas de mayores recursos (sistema privado) y otro para personas de menores ingresos (sistema público).**

El sistema de salud chileno es fragmentado, en el cual conviven dos sub sistemas que no se coordinan ni relacionan entre sí<sup>2</sup>. Pareciera más eficiente que esta iniciativa fuera tramitada o analizada en conjunto con el proyecto de ley conocido como Mejor FONASA<sup>3</sup>, dado que en rigor, es una atribución que le permite a dicha institución gestionar las listas de espera de determinadas prestaciones de salud.

De la misma manera, este texto, al aumentar las diferencias entre ambas modalidades del sistema de salud, va en el sentido contrario al que persigue el recién mencionado proyecto de ley, que aspira a implementar un Plan de Salud Universal, lo que se torna más complejo si los beneficiarios del sistema público tienen beneficios y coberturas distintas entre sí, más aún cuando estas diferencias tienen su fundamento en temas económicos.

---

<sup>2</sup> En rigor, en Chile existen dos grandes sistemas de salud, uno aplicable a las Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo, regido por la Ley 16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y otro relativo a las enfermedades y accidentes comunes, donde se encuentran los sistemas públicos y privados, además del Sistemas de Salud de las Fuerzas Armadas (que se regula en la Ley N° 19.465, que Establece Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas”) y – aunque carezca de norma orgánica, un sistema de salud que abarca a Carabineros, Investigaciones y Gendarmería.

<sup>3</sup> Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal, Boletín N° 13.178-11, en actual tramitación en la H. Cámara de Diputados, cuya tramitación se puede seguir en el link [https://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=13719&prmBoletin=13178-11](https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=13719&prmBoletin=13178-11).

#### **4. El texto ingresado al congreso no corresponde a un seguro catastrófico de salud.**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“las enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.”*<sup>4</sup>.

En este tipo de seguros, se establece un tope de gasto máximo en salud para todas las personas, respecto de todas las enfermedades, por sobre el cual esta ya no tiene la obligación de pagar.

En Chile, la letra b) del artículo 2° de la Ley 20.850, que Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos, define tratamiento de alto costo como *“El constituido por medicamentos, alimentos o elementos de uso médico asociados a enfermedades o condiciones de salud y por las prestaciones indispensables para su confirmación diagnóstica y seguimiento, que por su costo impiden el acceso a éstos o accediendo, impactan catastróficamente en el gasto de los beneficiarios.”*. Dado el carácter universal de esta ley, esta se aplica a todas las personas, independiente de su sistema de salud, pero solo respecto de las enfermedades y tratamientos que se consignan en ella.

El sistema privado de salud establece para sus beneficiarios la denominada Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), esto es, el *“beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas Isapres que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país y cubiertas por el plan de salud. La CAEC se debe activar cuando un diagnóstico puede transformarse en una enfermedad catastrófica por el costo de las prestaciones que requerirá. El afiliado o beneficiario debe concurrir a su Isapre y solicitar la activación de la CAEC. Esta cobertura opera una vez que el monto de los copagos supera el deducible.”*<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Fuente: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/379-380/>

<sup>5</sup> Fuente: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4627.html>

Por ello, no es correcto hablar de seguro, y menos aún, seguro catastrófico. En virtud de esta iniciativa, solo permite a aquellas personas de mayores recursos del sistema público de salud optar a realizarse las atenciones que la autoridad determine, en establecimientos sanitarios que pueden o no pertenecer al Sistema Nacional de Servicios de Salud, siempre que existan cupos disponibles, y previo copago.

##### **5. Es un proyecto de ley discriminatorio**

La iniciativa tiene como objeto los problemas de salud que se determinen (discriminación sanitaria) para las personas que, teniendo derecho a la modalidad de libre elección, cuentan con recursos para pagar el deducible que la ley exige, lo que constituye una discriminación económica.

Ambos aspectos son difíciles de conciliar con dos principios claves de la seguridad social: la solidaridad y la universalidad. El primero *“(...) sugiere que detrás de la seguridad social se encuentra un esfuerzo comunitario, pues todos los integrantes de la comunidad deben cooperar a la obtención de sus objetivos conforme a su ingreso y posibilidades, beneficiándose todos de acuerdo a sus necesidades, redistribuyendo así el ingreso nacional (...)”*<sup>6</sup>.

El segundo admite dos vertientes: *“(...) una objetiva, en virtud de la cual seguridad social debe cubrir todas las contingencias (riesgos) a las que está expuesto el hombre que vive en sociedad, y la subjetiva, esto es, que todas las personas deben estar amparadas por la seguridad social, principio que deriva de su naturaleza de Derecho Humano Fundamental. Este principio se relaciona con el principal tema actual de la seguridad social: la falta de cobertura frente a algunas contingencias sufridas por los ciudadanos.(...)”*<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> OBANDO CAMINO, Iván Mauricio. EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONSTITUCIONALISMO CHILENO: UN CONTINENTE EN BUSCA DE SU CONTENIDO. Estudios constitucionales [online]. 2012, vol.10, n.1 [citado 2020-03-09], pp. 289 - 338. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-52002012000100008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002012000100008&lng=es&nrm=iso) ISSN 0718-5200.

<sup>7</sup> PRINCIPIOS Y NORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, disponible en <http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Principios%20y%20normas%20de%20la%20seguridad.pdf>

**6. Es un proyecto que discrimina económicamente, dado que quienes no pueden concurrir al copago para recibir las prestaciones de salud quedan excluidas de esta.**

Las personas que se atienden en la MAI están exentas de copago (Beneficiarios A y B) o solo concurren en un 10% o 20% de valor total de la prestación (Beneficiarios C y D). En la MLE, la cobertura financiera dependerá del nivel de atención del profesional o establecimientos en convenio con FONASA (1, 2 o 3). están exentos de copago, a diferencia de lo que corre en este proyecto de ley.

El proyecto exige que para otorgar las atenciones de salud que este contempla, las personas deberán pagar por ello, en circunstancias que no están obligados a hacerlo en la MAI o es por un monto menor a los 2,5 o 4,8 IMM, según el tramo al que pertenezca el beneficiario. Ello es difícil de justificar, considerando que el motivo por el cual se derivarán estas personas fuera de la red – y en especial al sector privado – es la falta de oferta en el sistema público, tema que no les es imputable a las personas.

**7. Es un proyecto de ley que considera una nueva vía de transferencia de recursos públicos al sector privado.**

No está en duda que resulta más eficiente ocupar los MM\$25.000 considerados en esta iniciativa en el sistema público que en el extrasistema, aprovechando las instalaciones y personas ya disponible, tal como ha constatado el Informe de la Comisión Nacional de Productividad *“Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES”*, existe *“(…) un amplio espacio de mejora en los hospitales de la red pública respecto a la productividad de los quirófanos electivos (…). Se estima que el incremento en el volumen de atención sería de al menos 27% respecto al volumen actual, a un costo adicional de apenas 7%; y que podría llegar a incrementarse en un 106%, a un costo adicional menor a la mitad de ello (50%).”*<sup>8</sup>

Por lo anterior, y al contrario de lo que se plantea en este proyecto de ley, es más eficiente que los problemas de salud que se determinen en esta iniciativa

---

<sup>8</sup> Informe de la Comisión Nacional de Productividad *“Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES”*, p. 10.

sean resueltos por la Red Asistencial de Salud, en base a criterios sanitarios y priorizando a las personas más vulnerables.

**8. Es necesario profundizar las disposiciones relativas a los conflictos de interés.**

Existe solo una breve referencia en el proyecto a los eventuales conflicto de interés, pero esta no se aborda debidamente. El conflicto de intereses se define como *"(...) un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden influenciar indebidamente el juicio profesional en relación con el interés primario (bienestar y tratamiento del paciente, validez de la investigación) por un interés secundario (provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional). El conflicto de intereses se refiere sobre todo a una "situación" y no necesariamente a un "comportamiento".(...)"*<sup>9</sup>

Si bien el proyecto hace una breve referencia a los eventuales conflictos de interés que se pueden producir en formulación de las canastas de prestaciones prioritarias, no existe referencia alguna a como prevenir esta situación en la selección de pacientes que podrán optar a los cupos que se establezcan, y la definición de los prestadores de salud a los cuales estos serán derivados, tema que debiera alcanzar al director del establecimiento de salud, del servicio respectivo y de la unidad de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, según el caso.

---

<sup>9</sup> La Rosa Rodríguez, Emilio. (2011). Los conflictos de intereses. *Acta bioethica*, 17 (1), 47-54. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100006>.