

Segundo informe de la Comisión de Hacienda recaído en el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. (Boletín N° 2947-11)

Honorable Cámara:

La Comisión de Hacienda pasa a emitir este segundo informe relativo al proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en conformidad a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, y en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

#### CONSTANCIAS PREVIAS

1. Disposiciones o indicaciones rechazadas

-De los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock a los artículos 6° y 17.

2. Artículos aprobados por unanimidad

Todos los votados por la Comisión, con excepción de los artículos 17 y 26.

-o-

Asistieron a la Comisión durante el estudio del segundo informe los señores Osvaldo Artaza, ministro de Salud; José Pablo Gómez, superintendente de Isapre; Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma; Fernando Riveros, fiscal de la Superintendencia de Isapre; Marcelo Tokman, coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, y los asesores Giampiero Fava, Consuelo Espinoza, Jacqueline Saintard y Carl Franz Koehler.

Las disposiciones puestas en conocimiento de esta Comisión, en este trámite, son los artículos 3°, 6°, 14, 15, 16 y 17, los Títulos III y VI, y los artículos 4° y 5° transitorios.

El informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, con fecha 13 de enero de 2003, relativo a la indicación que crea la Superintendencia de Salud señala que “se estructura a partir de una reestructuración del Ministerio de Salud, por lo que se financiará con cargo al presupuesto anual de dicho ministerio. Por lo tanto, no representará costo fiscal adicional para el año 2002 y venideros.

Conforme a lo señalado, la indicación no presenta costo fiscal directo para el año 2002. Respecto a los años siguientes, su costo se especificará en la ley de Presupuestos respectiva.”.

En relación con la discusión particular del articulado, cabe señalar lo siguiente:

En el artículo 3°, se establece que el Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

En el inciso segundo, se dispone que el Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.

Se explicó respecto a la norma propuesta que su propósito es transparentar a la ciudadanía las condiciones en que toda prestación debe ser dada.

Puesto en votación el artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 6° que inicia el párrafo de la elaboración del Régimen de Garantía en Salud se introduce entre los elementos que deberá considerar el reglamento un índice de siniestralidad y se agregan las expresiones “un modelo” referido a la compensación de riesgo y “un modelo” de ajuste de riesgos para realizar las compensaciones legales que correspondan.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon la siguiente indicación:

a) para eliminar en el inciso cuarto la frase “, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad.”, y

b) para eliminar en el inciso quinto la frase “que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad.”. El diputado Von Mühlenbrock, don Gastón, opinó que las expresiones referidas serían redundantes. El señor Artaza coincidió en que la disposición, en tal sentido, sería redundante; sin embargo, el Ejecutivo habría adherido a la posición de los parlamentarios de la Comisión Técnica en cuanto a que se clarificara el concepto.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 4 votos a favor y 6 votos en contra.

Sometido a votación el artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 14, se señala que en conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En el inciso segundo, se contempla que en caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

En el inciso tercero, se establece que el reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

En el inciso cuarto, se precisa que sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.

En el inciso quinto, se determina que las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contraderivación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon una indicación para reemplazar en el párrafo primero del inciso quinto, la palabra “deberán” por “podrán”.

Puesto en votación este artículo con la indicación precedente fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 15, se señala que un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

En el inciso segundo, se dispone que dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir

especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 16, se establece que el Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

En el inciso segundo, se precisa que este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

En el inciso tercero, se establece que las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

Puesto en votación este artículo fue aprobado en forma unánime.

En el artículo 17, se contempla que el aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.

El diputado Aguiló, don Sergio, justificó que el aporte fiscal se destine al Fonasa por cuanto éste está obligado a entregar las prestaciones del sistema Auge a los indigentes, cuestión que no se produce en el caso de las Isapre.

Hizo hincapié en que no se está en presencia de un sistema que subsidia a la demanda.

Los diputados señores Dittborn y Von Mühlenbrock formularon una indicación para eliminar este artículo, la que fue rechazada por 2 votos a favor y 5 votos en contra.

Puesto en votación el artículo fue aprobado por 5 votos a favor y 2 votos en contra.

En el artículo 22, se crea el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 23, se señala que el Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

El diputado Dittborn, don Julio, preguntó si habrá compensación entre instituciones y si es posible la portabilidad de la compensación.

El señor Osvaldo Artaza precisó que conforme a la Constitución Política los cotizantes pueden ir de un sistema a otro, lo que no significa que el subsidio que otorgue el Estado esté sujeto a un esquema de portabilidad. Lo anterior no obsta que haya compensación de riesgos entre el sistema público y el privado.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

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

En el inciso segundo, se señala que tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 25, se establece que para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por “período de predicción” el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.

Puesto en votación este artículo fue aprobado en forma unánime.

En el artículo 26, se señala que ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por 6 votos a favor y 2 votos en contra.

En el artículo 27, se precisa que para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

El Título VI De la Superintendencia de Salud fue votado sin debate, siendo aprobado por unanimidad.

En el artículo 4° transitorio, se faculta al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

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

1. Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.
2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

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

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

4. Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.
5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.
6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.
7. Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.
8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.
9. Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.
10. Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

En el inciso tercero, se dispone que el mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

En el artículo 5° transitorio, se preceptúa que a contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

En el inciso segundo, se establece que la aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

En el inciso tercero, se contempla que cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma imponibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.

Sometidos a votación en forma conjunta los dos artículos transitorios antes transcritos fueron aprobados en forma unánime.

Sala de la Comisión, a 14 de enero de 2003.

Acordado en sesión de fecha 14 de enero de 2003, con la asistencia de los diputados señores Ortiz, don José Miguel (Presidente accidental); Alvarado, don Claudio; Bertolino, don Mario; Dittborn, don Julio; Escalona, don Camilo; Hidalgo, don Carlos; Jaramillo, don Enrique; Pérez, don José; Caraball, señora Eliana; Silva, don Exequiel; Tohá, señora Carolina, y Von Mühlenbrock, don Gastón.

Concurrieron también los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Robles y Rossi.

Se designó diputada informante a la señora Tohá.

(Fdo.): JAVIER ROSSELOT JARAMILLO, Abogado Secretario de la Comisión.