

INFORME ASESORÍA EXTERNA SENADOR JUAN ANTONIO COLOMA

OCTUBRE 2019

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES MINUTAS ELABORADAS EN MATERIAS DE INTERÉS DEL SENADOR DURANTE EL MES DE OCTUBRE

I. MINUTA SOBRE EL 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, BOLETÍN Nº 12.662-11

I.1 Antecedentes de la iniciativa

a) Fecha de ingreso: 27 de mayo de 2019

b) Iniciativa: Mensaje

c) Cámara de origen: Cámara de Diputados

d) Trámite constitucional: Segundo trámite constitucional

e) Trámite reglamentario: Primer trámite reglamentario, primer informe de Comisión de Salud y de Hacienda en lo que corresponda..

f) Normas de quórum especial: No tiene

g) Leyes relacionadas con la iniciativa:

- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469¹.

h) Votaciones:

- *Comisión de Salud de la Cámara de Diputados (octubre 2019):*
 - 7 votos a favor, 6 en contra, 0 abstenciones
 - Votaron por la afirmativa: Bellolio, Durán, Macaya, Olivera (reemplazo de A. Celis), Ossandón, Troncoso (reemplazo de S. Gahona) y Verdessi.
 - Votaron por la negativa: Castro, R. Celis, Ibáñez, Labra, Rosas y Vidal (reemplazo de M. Crispi).
- *Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados (octubre 2019):*
 - 12 votos a favor, 0 en contra, 0 abstenciones, con excepción del inciso noveno del Art. 143 bis nuevo propuesto, el que resultó rechazado con la siguiente votación:
 - Votaron por la afirmativa: diputados Eguiguren, Melero, Pérez, Ramírez, Santana y Von Mühlenbrock
 - Votaron por la negativa: Castro, Crispi, Lorenzini, Ortiz y Schilling.

¹ 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 y Ley N° 18.933, que crea la superintendencia de instituciones de salud previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de salud, de 1981.

- Se abstuvo el diputado Auth.
- *Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, informe complementario (octubre 2019):*
 - 7 votos a favor, 6 en contra, 0 abstenciones
 - Votaron por la afirmativa: Bellolio, J.M. Castro, A. Celis, Gahona, Macaya, Ossandón, y Verdessi.
 - Votaron por la negativa: Castro, R. Celis, Crispi, Ibáñez, Labra y Rosas.
 - *Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados, informe complementario (octubre 2019):*
 - 8 votos a favor, 2 en contra, 3 abstenciones
 - Votaron por la afirmativa: Auth, J.M. Castro (reemplazo diputado L. Pérez), Cid, Melero, Ortiz, Ramírez, Santana y Von Mühlenbrock
 - Votaron por la negativa: Brito (reemplazo diputado G. Jackson) y Núñez.
 - Se abstuvieron: Lorenzini, Monsalve y Schilling.
 - *Sala de la Cámara de Diputados (octubre 2019):*
 - En general: 78 votos a favor, 58 en contra, 6 abstenciones
 - Votaron por la afirmativa: Alessandri, Alinco, Álvarez, Álvarez-Salamanca, Amar, Ascencio, Auth, Baltolu, Barros, Berger, Bobadilla, Calisto, Carter, J. M. Castro, A. Celis, Cid, Coloma, Cruz-Coke, Del Real, Desbordes, Durán, Eguiguren, I. Flores, C. Flores, J. Fuenzalida, G. Fuenzalida, Gahona, García, Hernández, Hoffmann, Jürgensen, Kast, Keitel, Kort, Kuschel, Leuquén, Longton, Luck, Macaya, Melero, Mellado, Molina, Morales,

Moreira, Muñoz, Noman, Norambuena, Núñez, Olivera, Ortiz, Ossandón, Pardo, Paulsen, Pérez, Prieto, Ramírez, Rathgeb, Rentería, Rey, Romero, Sabag, Sabat, Sanhueza, Santana, Sauerbaum, Silber, Soto, Torrealba, Trisotti, Troncoso, Undurraga, I. Urrutia, O. Urrutia, Urruticoechea, Van Rysselberghe, Verdessi, Von Mühlenbrock, Walker.

- Votaron por la negativa: Alarcón, J. Álvarez, Barrera, Bernal, Boric, Brito, Cariola, Carvajal, Castillo, J.L. Castro, R. Celis, Cicardini, Crispi, Díaz, Espinoza, Fernández, Garín, Girardi, F. González, R. González, Hernando, Hertz, Ibáñez, Ilabaca, Jackson, Jarpa, Jiles, Jiménez, Labra, Marzán, Mellado, Mirosevic, Mix, Mulet, Naranjo, Núñez, Nuyado, Orsini, Parra, J. Pérez, Rocafull, Rojas, Rosas, Saavedra, Saffirio, Saldívar, J. Santana, Santibáñez, Sepúlveda, Soto, Teillier, Tohá, Torres, Vallejo, Velásquez, Venegas, Winter, Yeomans.
- Se abstuvieron: Leiva, Matta, Monsalve, Joanna Pérez, Schilling, Alejandra Sepúlveda.

- Inciso noveno del artículo 143 bis contenido en el artículo único del proyecto, con las indicaciones propuestas por la Comisión de Salud en su informe complementario, que la Comisión de Hacienda propone aprobar en su informe complementario:
 - 75 votos a favor, 66 en contra, 3 abstenciones
- Resto del artículo 143 bis contenido en el artículo único del proyecto, con la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda en su primer informe.
 - 126 votos a favor, 12 en contra, 7 abstenciones
- Artículo primero transitorio, con la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda en su primer informe.

- 126 votos a favor, 6 en contra, 13 abstenciones
- Artículo segundo transitorio, con la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda en su primer informe.
 - 123 votos a favor, 6 en contra, 16 abstenciones
- Artículo cuarto transitorio, con la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda en su primer informe.
 - 126 votos a favor, 7 en contra, 12 abstenciones

I.2 Ideas Matrices de la iniciativa

El texto de mensaje señala como objetivo esencial *“dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial, mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud con certeza en el gasto máximo de bolsillo gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario.”*.²

En otras palabras, se busca establecer un mecanismo para que las personas afiliadas al sistema público de salud, así como sus beneficiarios (cargas), puedan acceder bajo el sistema de libre elección a las prestaciones de salud que necesiten, teniendo fijado de antemano un tope máximo de gastos a financiar como copago.

El sistema aplica para todos los afiliados de Fonasa, incluyendo al tramo A que actualmente no puede acceder a la modalidad de libre elección. Esto implica que podrán atenderse en la red de prestadores preferentes que estén en convenio con Fonasa para cubrir este tipo de atenciones, pudiendo tratarse de entidades públicas o privadas, y que tendrán precios determinados a través de dichos convenios.

Este mecanismo tiene características de seguro, estableciendo un gasto anual máximo que se ha definido en correlación a las definiciones contenidas en la Ley Ricarte Soto respecto al umbral nacional de costo anual, que permite definir cuando las prestaciones asociadas a un diagnóstico corresponden a un tratamiento de alto costo.

² Fuente: Mensaje Nº 066-367 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, Boletín Nº 12.662-11, Pág. 5, disponible en https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=13195&prmBoletin=12662-11

I.3 Antecedentes de la iniciativa

Para justificar el objetivo del proyecto de ley, en el Mensaje se hace referencia a las garantías constitucionales en materia de salud y la importancia que esta materia reviste para la ciudadanía, especialmente en lo que implica el ejercicio práctico de estos derechos y las expectativas existentes por acceder a ellas con mejor oportunidad y calidad en la atención.

En este sentido, se hace referencia que quienes están afiliados al sistema público de salud pueden acceder actualmente a dos modalidades de atención, correspondientes a la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE), siendo este último el de relevancia para la presente iniciativa. Dicha modalidad corresponde a las prestaciones entregadas ya sea por profesionales o establecimientos de salud que tienen convenios con Fonasa, pudiendo acceder a ella todos los afiliados y beneficiarios del sistema público de salud, excepto quienes están en el grupo A, que corresponden a las personas que no tienen recursos para cotizar en salud, por lo que son los más vulnerables. Cabe señalar que actualmente el 24% de los afiliados a Fonasa se encuentran en este grupo.

El Mensaje destaca el hecho de que mientras en la MAI las personas pertenecientes al grupo C deben financiar un copago de 10% del arancel de la prestación en el prestador público, el grupo D debe financiar un 20% de este; en tanto que en la MLE el copago depende de la prestación de que se trate y el copago es el mismo para los grupo B, C y D, a lo que se suman en la práctica una serie de restricciones de acceso al no tener cobertura suficiente o, bien, porque la cobertura asignada por el arancel de referencia no se condice con los aranceles efectivamente cobrados por los prestadores.

Ante esta situación, se considera necesario que Fonasa pueda ampliar sus facultades en el sentido de ampliar las coberturas a las que actualmente pueden acceder las personas, así

como dar mayor seguridad respecto a los costos de copago que deberán enfrentar quienes requieran prestaciones de salud importantes, todo lo cual se enmarca dentro del plan “Clase Media Protegida” que esta desarrollando el gobierno en conjunto con iniciativas en otras áreas relevantes.

El sentido de ella es generar instancias que faciliten que las personas enfrenten situaciones complejas y que minimicen los riesgos de que ellas impliquen un desgaste social y económico que lleve a un retroceso en su calidad de vida, así como ampliar las alternativas de atención en salud a las que hoy pueden acceder en la práctica y que de acuerdo a las estimaciones de Fonasa beneficiarían al menos a 10.714.789 personas.

I.4 Contenido de la iniciativa

I.4.1 Contenido original del proyecto de ley

La iniciativa original presentada por el Ejecutivo constaba de un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios.

Art. único: Mediante la incorporación de un nuevo artículo, signado como artículo 143 bis, se crea una cobertura financiera especial para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades determinadas mediante resolución de Fonasa, que corresponderán a prestaciones necesarias e indispensables para el tratamiento integral (medicamentos, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, etc.).

Se establece, además, la existencia de una red preferente para el otorgamiento de estas intervenciones y tratamientos, la que estará constituida por aquellos prestadores, públicos o privados, que suscriban un convenio con Fonasa, para cada una de las intervenciones y tratamientos.

Se define que acceden a este seguro los afiliados a Fonasa y sus beneficiarios, debiendo haber pagado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores a su activación.

Se determina que cada prestación será financiada entre Fonasa y el afiliado, poniendo como límite al copago de este último el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar. Se agrega que en ningún caso el monto que soportará el afiliado podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación y se establece un gasto máximo anual por beneficiario.

Por último, se precisa que para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, debiendo elaborarse un reglamento que formule el procedimiento para determinar el ingreso anual del grupo familiar, y un reglamento de regule los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

Art. 1º transitorio: Establece que la ley entrará en vigencia el primer día del cuarto mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que hace referencia el artículo 143 bis señalado anteriormente.

Art. 2º transitorio: Establece que los reglamentos a que hace referencia el artículo 143 bis señalado anteriormente deben dictarse en el plazo de 90 días desde la publicación de la ley en el Diario Oficial y establece los plazos que Fonasa, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda tendrán para cumplir con sus respectivas propuestas y revisiones.

Art. 3º transitorio: Define que durante el primer año de vigencia de la ley, la resolución de Fonasa sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables.

Art. 4º transitorio: Determina que el mayor gasto fiscal por la aplicación de esta ley durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto de Fonasa. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar

dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

I.4.2 Modificaciones en la Cámara de Diputados

Durante su tramitación en la Cámara Baja, el proyecto fue objeto de una serie de indicaciones que introdujeron diversos cambios. A continuación se presenta un cuadro comparado entre el texto original presentado por el Ejecutivo y lo obrado por las comisiones de Salud y Hacienda, respectivamente. En la columna final se presenta el texto definitivo despachado por la Cámara de Diputados al segundo trámite constitucional, destacando en amarillo las modificaciones que fueron incorporadas mediante indicación del Ejecutivo y revisadas en informes complementarios de las comisiones de Hacienda y Salud.

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|--|--|--|
| “Crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa.”. | | Reemplaza el nombre del proyecto de ley a “Crea el Seguro de Salud <u>Catastrófico</u> a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa”. | |
| “ARTICULO ÚNICO. - Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, nuevo, en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor: | "Artículo único.- Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor: | | "Artículo único.- Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor: |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|--|--|---|
| <p>“Artículo 143 bis. Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro de Salud Clase Media”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Dichas intervenciones y tratamientos, incluyen el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de</p> | <p>“Artículo 143 bis. Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos, deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual,</p> | | <p>“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.</p> <p>La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual,</p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|--|--|---|
| intervenciones y tratamientos a financiarse con el seguro, acompañado de un informe relativo a su impacto fiscal. | el listado de intervenciones <u>prioritarias</u> y tratamientos a financiarse con el seguro, <u>a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”,</u> elaboradas en base a una <u>priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés.</u> Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. <u>Dicha aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</u> <u>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud;</u> <u>b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas</u> | | el listado de intervenciones <u>prioritarias</u> y tratamientos a financiarse con el seguro, <u>a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”,</u> elaboradas en base a una <u>priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés.</u> Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. <u>La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:</u> <u>a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.</u> <u>b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas</u> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|---|--|---|
| | <p><u>prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población;</u></p> <p><u>c) Un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud, y</u></p> <p><u>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</u></p> | | <p><u>prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población.</u></p> <p><u>c) Un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud.</u></p> <p><u>d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.</u></p> |
| <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> | <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> | | <p>Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.</p> |
| <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios, e anexos a los</p> | <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá <u>preferentemente</u></p> | | <p>Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá <u>preferentemente</u></p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|--|--|--|
| <p>convenios ya establecidos, con prestadores públicos o privados que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente.</p> | <p><u>convenios con</u> <u>prestadores del</u> <u>Sistema Nacional de</u> <u>Servicios de Salud u</u> <u>otros prestadores</u> <u>públicos,</u> <u>universitarios, o sin</u> <u>fines de lucro. En su</u> <u>defecto, de no tener</u> <u>oferta suficiente por</u> <u>los prestadores antes</u> <u>mencionados, se</u> <u>podrá suscribir dicho</u> <u>convenio con</u> <u>prestadores</u> privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección. La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en la cual se establecerá en las bases un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.</p> <p>Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley Nº 19.886, cuando corresponda.</p> | | <p><u>convenios con</u> <u>prestadores del</u> <u>Sistema Nacional de</u> <u>Servicios de Salud u</u> <u>otros prestadores</u> <u>públicos,</u> <u>universitarios o sin</u> <u>fines de lucro. En su</u> <u>defecto, de no tener</u> <u>oferta suficiente por</u> <u>los prestadores antes</u> <u>mencionados, se</u> <u>podrá suscribir dicho</u> <u>convenio con</u> <u>prestadores</u> privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la Modalidad de Libre Elección. La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en cuyas bases se establecerá un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.</p> <p>Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley Nº 19.886, cuando corresponda.</p> |
| <p>Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados</p> | <p><u>Podrán hacer uso de</u> <u>la cobertura de este</u> <u>seguro, todos los</u></p> | | <p><u>Podrán hacer uso de</u> <u>la cobertura de este</u> <u>seguro todos los</u></p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|---|--|---|
| que se encuentren en los tramos B, C, o D, y que hayan enterado al menos _____ seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan. | <u>beneficiarios del Fonasa que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.</u> | | <u>beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.</u> |
| Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado de la siguiente forma: | Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y <u>el beneficiario</u> de la siguiente forma: | | <u>Las</u> intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud <u>y el beneficiario</u> de la siguiente forma: |
| 1. El monto hasta el cual el afiliado soportará los gastos generados en cada intervención o tratamiento de enfermedad cubierta, será el equivalente al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. | <u>1.- Mediante un deducible, que soportará el beneficiario, y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos</u> | | <u>1. Mediante un deducible, que soportará el beneficiario y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos</u> |
| 2. En ningún caso el monto que soportará el afiliado, | | | |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|---|--|--|
| <p>al que se refiere el numeral 1 anterior, podrá ser inferior al cuarenta por ciento de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.</p> <p>3. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertas, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>4. Se establece un “Gasto Máximo anual por Beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los</p> | <p><u>mensuales.</u></p> <p>2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>3. Se establece un “gasto máximo anual por beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que <u>corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual</u> dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. <u>Este</u></p> | | <p><u>mensuales para los beneficiarios de los tramos B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.</u></p> <p>2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.</p> <p>3. Se establece un “gasto máximo anual por beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que <u>corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual</u> dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este “gasto</p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|---|--|--|
| <p>beneficiarios que de él dependen. Este Gasto Máximo anual por Beneficiario no podrá ser inferior al cuarenta por ciento de 12 ingresos mínimos mensuales.</p> <p>Para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 de la presente ley.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> | <p><u>'gasto máximo anual por beneficiario' no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales.</u></p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> | | <p>máximo anual por beneficiario" no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios de los tramos B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.</p> <p>El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.</p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|--|--|--|
| Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas. | <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos <u>y plazos</u> para activar esta cobertura, <u>así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos,</u> y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.</p> <p><u>El seguro de este artículo no será aplicable para aquellas prestaciones cubiertas en 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.</u></p> <p><u>La correcta utilización de este seguro será</u></p> | | <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos <u>y plazos</u> para activar esta cobertura, <u>así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos,</u> y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.</p> <p><u>El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en 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.</u></p> <p><u>La correcta utilización de este seguro será</u></p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|---|--|---|
| <p>En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.”.</p> | <p><u>fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. Serán, asimismo, aplicables para quienes transgredan las disposiciones de este artículo lo dispuesto en los artículos 168 y 169 de este decreto con fuerza de ley.</u></p> <p>En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.</p> <p><u>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de un año, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías</u></p> | <p>Reemplaza las palabras “un año” por “seis meses”.</p> | <p><u>fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.</u></p> <p>En el evento de que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.</p> <p>Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de <u>seis meses</u>, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el</p> |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|---|--|--|--|
| | <p><u> mencionados en el artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.</u></p> <p><u> Dicha reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial “No Ges” y la capacidad instalada, en un plazo no superior a 8 años.</u></p> | | <p>artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.</p> <p><u>La</u> reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial “No Ges” y la capacidad instalada, en un plazo no superior a ocho años.</p> |
| Artículo primero transitorio La presente ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que | Artículo primero transitorio.- <u>Esta ley</u> comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el | Reemplaza la palabra “cuarto” por “segundo”. | Artículo primero transitorio.- <u>Esta ley</u> comenzará a regir el primer día del <u>segundo</u> mes siguiente al de la |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|--|--|---|
| Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación. | Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación. | | de Salud, para su posterior tramitación. |
| Artículo tercero transitorio.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso cuarto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los 30 días siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. | Artículo tercero transitorio.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso <u>quinto</u> del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley. | | Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora <u>en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud</u> , visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley. |
| Artículo cuarto transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro | Artículo cuarto transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro | Agrega la palabra “presupuestario”, a continuación de la expresión “primer año”. | Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año <u>presupuestario</u> de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá |

| Texto Original | Primer Informe Comisión de Salud | Primer Informe Comisión de Hacienda | Texto despachado por la Sala de la Cámara de Diputados |
|--|--|--|--|
| Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”. | Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”. | | suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”. |

I.4.3 Comentarios a la iniciativa

El proyecto de ley originalmente estaba considerado como parte del plan Clase Media Protegida impulsado por el gobierno, pues apuntaba a crear este seguro de salud pensando más que nada en este sector de la población. Esta es una iniciativa que ingresó al Congreso en mayo del presente año, por lo que corresponde a una medida contemplada por el gobierno mucho antes de la manifestación de la crisis que actualmente se observa en el país y de las demandas sociales que en ella se han presentada, entre las cuales el acceso a mejor salud y con mejor oportunidad de atención han sido de las más relevantes.

Mediante la tramitación de la iniciativa y con los acuerdos alcanzados, el Ejecutivo amplió la cobertura de este seguro, por lo que se consideró el cambio de nombre de “seguro de salud para la clase media” a “seguro catastrófico”, pues se incorporaron a las personas pertenecientes al Grupo A de Fonasa y que corresponde a aquellos que no tienen recursos suficientes para poder cotizar en salud.

En general la iniciativa es positiva, pues viene a complementar alternativas de atención para personas que deben realizarse intervenciones o tratamientos que no están cubiertas por el AUGE y que cuyo costo tampoco las ubica entre las coberturas que ofrece la Ley Ricarte Soto.

En este sentido, es necesario recalcar que esta es una medida complementaria de atención de salud y por sí misma no resuelve los problemas generales que presenta el sistema de salud público del país, pero sin duda resulta ser un alivio para muchas personas que hoy no cuentan con cobertura suficiente para las atenciones que requieren y además, les entrega certeza respecto a los topes de copago que deberán realizar, sea que se atiendan en prestadores públicos o privados en convenio con Fonasa.

De esta forma, este proyecto plantea un avance no menor en cuanto a la reducción de los costos que implican actualmente ciertas atenciones de salud, ya que la cobertura plantea una atención integral del diagnóstico ya sea en el tratamiento, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos, medicamentos, etc.

En cuanto al deducible que se propone en el proyecto, de acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud, se establece una diferencia entre el Grupo A, que tendrá un deducible de 2,5 ingresos mínimos, que actualmente serían cerca de \$750 mil pesos, mientras que para los grupos B, C, y D este deducible es de 4,8 ingresos mínimos, es decir, poco más \$1.400.000 de pesos.

Asimismo, se establece un gasto máximo anual por beneficiario de 3,8 ingresos mínimos (\$ 1.143.800 de pesos aprox.) para el grupo A y de 4,8 para el resto de los grupos. De este modo, por ejemplo para una persona que se encuentra en el grupo A que se sometió a una intervención y requiere de otra intervención durante el mismo año calendario, deberá cancelar un copago por la diferencia del gasto máximo anual. Así, si en la primera intervención utilizó el deducible de 2,5 ingresos mínimos (\$752.500 aprox), por la segunda intervención deberá cancelar aproximadamente \$391.000 pesos, que es la diferencia para completar el gasto máximo anual. En caso se requerir una tercera intervención, no deberá cancelar monto alguno, quedando todos los gastos a cargo de Fonasa. De igual forma funciona para los demás grupos, solo que varían los montos de deducible y gasto máximo anual.

Cabe señalar que el único requisito que se establece para poder acceder a este seguro es la pertenencia a Fonasa al menos los últimos seis meses previos a la solicitud de cobertura. Ello tiene sentido toda vez que se necesita dar un mínimo de estabilidad al sistema, que además se financiará año a año con recursos definidos en la Ley de Presupuesto de la Nación, y para evitar que se produzcan cambios de afiliados desde el sector privado al público sólo para el cobro de este seguro, lo que podría presionar al

sistema en general y poner en riesgo la focalización que se pretende con esta medida para aliviar al sector público y dar mejores garantías de atención a la población que se atiende por Fonasa.

En este sentido, se debe tener en consideración que la puesta en marcha de este seguro para los afiliados de Fonasa demandará un importante esfuerzo fiscal, que en su primer año tiene proyectado un gasto de 21.723 \$MM, de los cuales se proyectan 14.853 \$MM de la aplicación de la MLE y 5.836 \$MM de gasto en la resolución de listas de espera quirúrgicas.

Tabla

Gasto fiscal de la aplicación del Seguro Catastrófico incluyendo al Grupo A de acuerdo al informe financiero de la iniciativa.

| | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 | Año 6 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Gasto MLE (\$MM) | \$14.853 | \$17.628 | \$21.622 | \$23.910 | \$26.378 | \$28.456 |
| Gasto LEQ (\$MM) | \$5.836 | \$6.926 | \$8.495 | \$9.394 | \$10.364 | \$11.180 |
| Margen de Seguridad | \$1.034 | \$1.228 | \$1.506 | \$1.665 | \$1.837 | \$1.982 |
| Gasto Año (\$MM) | \$21.723 | \$25.781 | \$31.622 | \$34.969 | \$38.578 | \$41.617 |

Cabe señalar que dentro de las variadas modificaciones de las que fue objeto el proyecto, resalta la que establece una priorización en cuanto al tipo de establecimientos en los cuales se dará la atención, de modo tal que se define como prioridad la entrega de la prestación en hospitales públicos, establecimientos de la red de salud públicas, instituciones sin fines de lucro, etc. Para la atención en establecimientos privados, deberá ser con entidades en convenio con Fonasa previo a una licitación pública que garantice que el costo de la prestación será igual al que se entrega en las demás instituciones públicas o priorizadas.

Esta es una medida que apunta más que nada a resguardar las aprehensiones de ciertos sectores respecto a que entidades privadas puedan acceder a fondos públicos por entregar estas prestaciones, en detrimento del sector público, lo que para algunos implica una forma de debilitamiento de éste último. Con la modificación planteada, entonces, esas aprehensiones debieran quedar resueltas, toda vez que las posibilidades de atención en el sector privado quedarán muy acotadas y tendrá que responder a la falta de oferta del sector público y a la realización de licitaciones públicas.

Otra modificación introducida tiene relación con el establecimiento en la ley de una serie de criterios que deberán ser considerados al momento de definir las prestaciones que serán cubiertas por el seguro catastrófico. El proyecto entregaba esta definición a Fonasa, el que a través del reglamento tomaría la correspondiente resolución. El hecho de que sea la ley la que determine dichos criterios podría dar mas estabilidad a las definiciones que deban tomarse en este sentido y que las prestaciones más demandadas y de mayor costo puedan ser atendidas con mayor prontitud, dando un mayor flujo de tratamiento a quienes se encuentra especialmente en las listas de espera quirúrgicas con enfermedades no incluidas en el AUGE ni alcanzan a ser cubiertas por la Ley Ricarte Soto.

De acuerdo a lo señalado por el Ministro de Salud en la sesión de Sala de la Cámara de Diputados³, el borrador del reglamento que está siendo considerado incluiría casos como artrosis de cadera con prótesis de reemplazo, prótesis de rodilla, prótesis de tobillo, cirugía bariátrica en casos de obesidad móbida, cáncer de páncreas, cáncer de esófago, endometriosis y glaucoma, de las cuales muchas llegan a costos cercanos a los 7 millones de pesos o más. Dichas intervenciones actualmente en la modalidad de libre elección para los beneficiarios de Fonasa tiene una cobertura entre 10 y 15%, mientras que con la aplicación del seguro catastrófico dicha cobertura podría llegar a casi 90%, dependiendo el grupo en que este adscrito y los beneficiarios.

³ Fuente; Sesión de Sala Nº 98 de la Cámara de Diputados, del 29 de octubre de 2019, disponible en <http://www.cdtv.cl/Programa.aspx?idPrograma=22>

II. RESUMEN DE LA INICIATIVAS CONSIDERADAS EN LA AGENDA SOCIAL ANUNCIADA POR EL GOBIERNO⁴

En el contexto de la delicada situación por la que atraviesa el país, con las manifestaciones que han dado cuenta del descontento de las personas en distintas materias respecto a la resolución que se ha dado a sus problemas y necesidades, y ante la manifiesta urgencia de dar una priorización a las demandas ciudadanas, el Presidente de la República anunció el impulso a una serie de medidas que buscan constituir una nueva agenda social que responda a los principales requerimientos expresados durante la crisis que se ha manifestado en el país.

Las iniciativas contenidas en esta nueva agenda social son mayoritariamente medidas legislativas, lo que implicará la tramitación en el Congreso de proyectos de ley que resuelvan a través de cambios normativos las principales demandas expresadas por la sociedad.

Varias de estas iniciativas legislativas ya se encuentran siendo tramitadas por el Poder Legislativo, por lo que su tratamiento implicaría un esfuerzo conjunto de parte del Ejecutivo y de los diputados y senadores para darle mayor celeridad a su tramitación, acordando los cambios necesarios para que ellas se hagan cargo de los problemas que se han revelado con mayor profundidad, todo ello en un marco de responsabilidad política, económica y social.

De los anuncios presentados por el Presidente de la República, se puede hacer el siguiente resumen:

⁴ Este punto consideró las informaciones recogidas desde el primer anuncio del Presidente Sebastián Piñera sobre la Agenda Social, tomando en consideración las publicaciones oficiales de las autoridades, aquellas recogidas por los diversos medios de comunicación y los demás antecedentes explicados en sede del Congreso Nacional por las respectivas autoridades del Ejecutivo en las distintas instancias de debate parlamentario.

| PROPUESTA PLANTEADA EN LA AGENDA SOCIAL | TIPO DE MEDIDA A TOMAR |
|---|-------------------------------|
| Aumento de 20% de la pensión básica solidaria | Legislativa |
| Aumento de 20% del aporte previsional solidario | Legislativa |
| Aumento de la pensión básica solidaria y del aporte previsional solidario para pensionados mayores de 75 años | Legislativa |
| Aporte a pensiones dirigido a la clase media | Legislativa |
| Aporte a pensiones dirigido a las mujeres | Legislativa |
| Implementación del Seguro y Subsidio Adulto No Valente | Legislativa |
| Implementación del Seguro catastrófico de salud | Legislativa |
| Creación de un seguro de medicamento | Legislativa |
| Creación de un Ingreso Mínimo Garantizado de \$350.000 | Legislativa |
| Establecimiento de un mecanismo de estabilización del precio de la luz | Legislativa |
| Crear un nuevo tramo en el Impuesto Global Complementario de un 40% | Legislativa |
| Reducción de la dieta de diputados y senadores | Legislativa |
| Reducción de las remuneraciones más altas de la administración pública | Legislativa |
| Reducción del número de diputados y senadores | Legislativa |
| Limitar la reelección de diputados y senadores | Legislativa |
| Servicio de Protección de la Niñez | Legislativa |
| Servicio de Reinserción Juvenil | Legislativa |
| Creación Sala Cuna Universal | Legislativa |
| Reducción de las contribuciones para adultos mayores | Legislativa |
| Creación de la Defensoría de las Víctima | Legislativa y administrativa |
| Modificar el Fondo Común Municipal | Legislativa y administrativa |
| Plan Reconstrucción | Administrativa |
| Ampliación del convenio Fonasa con farmacias a todo Chile | Administrativa |
| Constituir mesas de trabajo sobre las distintas iniciativas de la Agenda Social | Administrativa |

II.1 Detalle de alguna de las medidas

i) Aumento de las Pensiones

Ya esta en tramitación el proyecto de ley que reforma el actual sistema de pensiones por lo que la alternativa es presentar indicaciones sobre las materias planteadas en la agenda social para incorporarlas a la tramitación de dicha iniciativa. Se ha considerado la posibilidad de separar la temática específica que corresponde a la incremento de la pensión básica solidaria y del aporte previsional solidario, de modo de darle mayor urgencia a la aprobación de estas medidas y conseguir su implementación a contar de enero del 2020.

Con esta medida se espera beneficiar al cerca de 3 millones de personas, puesto que se contempla un aumento de 20% de la pensión básica solidaria, 20% al aporte previsional solidario, a lo que se sumarían los beneficiados por los aportes a las pensiones de clase media y mujeres, que verían mejoradas sus pensiones en cerca de 11% al disminuir los años de cotizaciones exigidas.

ii) Seguro catastrófico de salud

También se encuentra en tramitación en el Congreso nacional el proyecto de ley presentado en mayo del presente año por el gobierno y que apunta a establecer una seguro de salud que beneficiaría a los afiliados de Fonasa para atenderse en la modalidad de libre elección y que requieran tratamientos o intervenciones que nos esten cubiertas por el Auge y ni la ley Ricarte Soto, disminuyendo de manera significativa el copago que deben actualmente financiar y ampliando asimismo quienes pueden beneficiarse de este seguro.

El proyecto ha sido calificado con urgencia de discusión inmediata para darle celeridad a su aprobación.

iii) Acceso a medicamentos

Actualmente se debate en el Congreso la ley de Fármacos II, que si bien debería ser un aporte en esta materia, las iniciativas de la agenda social apuntan a el envío de un proyecto de ley que establezca un seguro de salud para medicamentos y a la ampliación de los convenios que ya desarrolla Fonasa con algunas farmacias mediante licitaciones, por lo que trataría de una medida de tipo administrativo. Todas estas iniciativas apuntan a reducir los precios de los medicamentos y con ello beneficiar el acceso de la población que los requiere.

iv) Instauración de un Ingreso Mínimo Garantizado de \$350.000

En algún momento se planteó el Ingreso Etico Familiar, como una medida de asegurar un cierto nivel de ingresos a las familias necesario para solventar sus

gastos mínimo. Ante la constante discusión respecto al aumento del salario mínimo y los efectos que ellos podría tener especialmente para el sector de las micro, medianas y pequeñas empresas, la alternativa wque se proponbe es asegurar a las personas con contrato a jornada completa un ingreso mínimo de \$350 mil pesos, considerando que la línea de la pobreza se ubica un poco más debajo de ese monto. Esta medida se concretaría mediante la creación de un subsidio y un sistema de control que permita que aquellos trabajadores que están por debajo de ese ingreso reciban un subsidio que complemente su remuneración hasta llegar a los \$350 mil y a la vez poder controlar la aplicación de este beneficio para evitar un mal ejercicio de este derecho o una mala ejecución.

v) Impulsar la tramitación legislativa de iniciativas en discusión con alto impacto social

Se trata de acelerar e imprimir sentido de urgencia a una serie de iniciativas que han sido postergadas constantemente en el Congreso, pero que implican normas de alto impacto social, especialmente para los niños y adolescentes, las mujeres y los adultos mayores. En estos casos se encuentran el proyecto de ley que crea el Servicio de Protección a la niñez, el proyecto de ley que crea el Servicio de Reinserción Juvenil, el proyecto de ley que crea el derecho a sala cuna universal, y la iniciativa para disminuir las contribuciones que pagan adultos mayores propietarios y que la destinan a su uso habitacional.

vi) Mecanismo de estabilización para el precio de las tarifas eléctricas

En esta materia se busca disminuir los precios de las tarifas eléctricas a través de un mecanismo de estabilización que mitigue las alzas, para lo cual se debe ingresar un proyecto de ley sobre la materia.

vii) Implementar la Defensoría de las Víctimas

Después de consagrarse el derecho de las víctimas a ser defendidas, lo cierto es que no se han concretado instancias estables y definitivas para ejercer este derecho. La propuesta de la agenda social apunta a instaurar una defensoría de las víctimas mediante asignaciones presupuestaria, para prestar apoyo legal y representación a las víctimas de delitos.

viii) Nuevo tramo del impuesto Global Complementario

Para concretar esta propuesta es necesario ingresar un proyecto de ley sobre la materia pues se trata de una modificación a los tramos comprendidos para el impuesto global complementario, lo que sólo se puede concretar por vía legislativa. Esta iniciativa estima que se podría aumentar la recaudación de impuestos por esta vía en cerca de 160 millones de dólares y afectaría a las personas con ingreso por sobre los 8 millones de pesos. Propuesta. Se propone un nuevo tramo al ingreso global complementario con tasa marginal de 40% para los sueldos por sobre 8 millones de pesos.

ix) Modificaciones la Fondo Común Municipal

A objeto de darle mayor nivel de igualdad entre las comunas, especialmente entre aquellas de más bajos y altos ingresos, la Agenda Social incluye la modificación del FCM de modo tal que se beneficie más a las comunas más vulnerables para que puedan acceder a proveer mejores servicios y equipamientos municipales a sus ciudadanos. Esta es una materia que debe ser resuelta por la modificación de la ley orgánica que establece el FCM.

x) Calidad de la política y representación parlamentaria

Uno de los factores que se han reiterado dentro de las causales de la crisis social que experimenta el país se centra en el distanciamiento que siente la población respecto a la clase política y la desconfianza que tienen respecto de sus miembros.

Es por ello que se considera necesario dar urgencia a medidas que ya han sido largamente discutidas en años anteriores, pero que no han logrado concretarse y que podrían colaborar de manera importante no solo a mejorar la imagen de la política frente a los ciudadanos sino que a mejorar realmente la calidad a través de la renovación y la mejor representación. En este contexto se consideran tres medidas:

- Reducir la remuneración de parlamentarios y autoridades.
- Reducción de los Parlamentarios
- Límite a la reelección para la renovación de la política

