

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

**BOLETÍN N° 2.947-11.**

---

**HONORABLE SENADO:**

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de emitir su segundo informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en Mensaje del Presidente de la República, con urgencia calificada de “suma”.

A las sesiones en que se estudió este asunto asistieron el Ministro de Salud, don Pedro García Aspillaga; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, don Andrés Romero Celedón, y los abogados asesores del mismo Departamento don Tomás Jordán Díaz y don Sebastián Pavlovic Jeldres.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Política Económica, don Marcelo Tokman Ramos; la asesora, señora Consuelo Espinosa Marty; la abogada de la Dirección de Presupuestos, señora Patricia Orellana Flores, y el Jefe de Departamento de dicha Dirección, señor Carlos Pardo Bello.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por el Secretario Ejecutivo, don Hernán Sandoval Orellana, y por el asesor jurídico, don Gianpiero Fava Cohen.

En representación del Consejo del Defensa del Estado concurrió la abogada señora María Teresa Muñoz Ortúzar.

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

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurrieron el Presidente, don Hernán Doren Lois; el Director Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y el Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

En representación del Colegio Médico asistieron el Presidente del Departamento de Políticas en Salud, doctor David Villena

Pedrero, y los asesores jurídicos señora Jessica Navarro Kobrinsky y señor Juan Carlos Bello Pizarro.

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

-----

El Senado ha resuelto que este proyecto pase a la Comisión de Hacienda en el trámite reglamentario de segundo informe, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, que ordena que dicha Comisión informe en lo relativo a la incidencia de algunas disposiciones del proyecto en materias presupuestaria y financiera.

Se encuentran en el caso previsto en la disposición legal citada las siguientes normas de la iniciativa en informe: los artículos 1° a 10, 12 a 19, 22, 31 y 32; del artículo 34, los números 1, 2, 4, 5 y 6; del artículo 35, el inciso segundo del artículo 42 B, contenido en el número 4; el artículo 36; el Título III, y los artículos Primero, Segundo y Cuarto transitorios.

-----

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de lo siguiente:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: 6°, 8°, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 26, 27, 28, 30, 32, 35, 36 y 3° transitorio.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 10, 17, 22, 26, 27, 29, 31, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 69, 71, 72, 74, 79, 83, 86, 89, 92 y 102.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: 8, 9, 11, 32, 34, 35, 36, 38, 41, 45, 53, 54, 60, 64, 70, 77, 84, 87, 90, 96, 97, 100, 103 y 104.

IV.- Indicaciones rechazadas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 28, 33, 47, 51, 65, 66, 67, 68, 94, 98 y 99.

V.- Indicaciones retiradas: 7, 12, 15, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 37, 42, 43, 78, 85, párrafos ii e iii, 88, 91, 93, 95 y 101.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: 13, 14, 16, 18, 30, 46, 73, 75, 76, 80, 81, 82 y 85, párrafo i.

-----

## ANTECEDENTES DE DERECHO

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

- a) Artículo 19, número 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; consigna que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, y dispone que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;
- b) Ley Nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.
- c) Ley Nº 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.
- d) Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- e) Ley. No 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.
- f) Ley Nº 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.
- g) Ley Nº 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.
- h) Ley Nº 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.
- i) Ley Nº 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.
- j) Ley Nº 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

- k) Decreto Ley N° 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.
- l) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- m) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- n) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- ñ) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- o) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- p) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- q) Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, Capítulo III, Párrafo 1°, sobre notificaciones.
- r) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- s) Código Sanitario, artículo 36, sobre facultades presidenciales en caso de emergencia sanitaria.
- t) Código Penal, artículo 247, violación del secreto profesional o funcionario.
- u) Decreto con fuerza de ley N° 1, de Hacienda, de 1993, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley orgánica del Consejo de Defensa del Estado.

-----

## **DISCUSIÓN EN PARTICULAR**

### **Artículo 1°**

Dispone que las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido por el artículo 4° de la ley N° 18.469, así como de las prestaciones a que tienen derecho los afiliados al sistema privado de salud y sus beneficiarios. La norma agrega que el Régimen en comento, sumado a las acciones de salud pública,

conforma el denominado “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 1 y 2.

La **indicación N<sup>o</sup> 1**, del Presidente de la República, propone su supresión.

La **indicación N<sup>o</sup> 2**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación de las palabras “Garantías Explícitas en Salud”, lo siguiente: “señaladas en el inciso segundo del artículo 3<sup>o</sup> de esta ley,”.

Al fundamentar la indicación N<sup>o</sup> 1, el señor Ministro de Salud explicó que el artículo primero es innecesario, ya que los mismos conceptos están contenidos en la ley N<sup>o</sup> 19.937, que establece un nuevo concepto de la autoridad sanitaria y, además, se reproducen con mayor claridad en la redacción propuesta por el Ejecutivo para el artículo segundo. Agregó que, de esta forma, se evitarán confusiones y se precisarán los términos del proyecto.

Sobre el particular, el Honorable Senador señor Viera-Gallo indicó que el artículo segundo no recoge la idea de que las Garantías Explícitas son parte del Régimen de Garantía en Salud, que es la condición que determina que ellas se otorguen tanto a los usuarios del sistema público como a los del privado.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, reiteró que se pretende evitar confusiones derivadas de la repetición de conceptos, ya que la recientemente aprobada ley N<sup>o</sup> 19.937 señala como función del Ministerio de Salud la de formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas y agrega que éste “incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N<sup>o</sup> 18.469 y N<sup>o</sup> 18.933.”.

En atención a lo anterior, el Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que, dado el alto interés que este proyecto de ley despierta en la ciudadanía, parece conveniente explicitar en su normativa elementos tan importantes como que las Garantías Explícitas se otorguen a los usuarios de ambos sistemas de salud y definir con claridad los diversos conceptos incluidos en sus disposiciones.

Considerando lo expuesto por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, el resto de la Comisión coincidió en la necesidad de precisar nociones tales como “Régimen de Prestaciones en Salud”, “Régimen General de Garantías en Salud” y “Garantías Explícitas en Salud”, y de sistematizarlas adecuadamente, concordándolas con el concepto de “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”.

Al efecto, cabe recordar que el “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”, conforme a la ley N° 19.937, es el más comprensivo de los conceptos previamente mencionados e incluye tres elementos:

- las Acciones de Salud Pública;
- las prestaciones otorgadas por la ley N° 18.933, y
- las prestaciones otorgadas por la ley N° 18.469.

Estas últimas, constituyen el “Régimen de Prestaciones en Salud”, establecido por el artículo 4° de la ley N° 18.469.

El “Régimen General de Garantías en Salud”, que el proyecto de ley en informe pretende establecer, forma parte del “Régimen de Prestaciones en Salud” y contempla garantías de dos tipos: las explícitas y aquellas que no lo son.

Las “Garantías Explícitas en Salud” permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad, se caracterizan por ser las mismas para los beneficiarios de los sistemas público (FONASA) y privado (ISAPRES) y por constituir derechos para los beneficiarios de ambos sistemas.

Con el fin de plasmar las ideas previamente reseñadas, precisar el sentido del proyecto de ley en informe y precaver confusiones, la Comisión acordó el rechazo de las indicaciones N°s 1 y 2, y dio una nueva redacción al artículo 1°, que define el Régimen General de Garantías en Salud:

"Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469."

Cabe señalar que la nueva redacción del artículo 2° aborda el tema de las Garantías Explícitas, recogiendo la inquietud planteada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

**- Las indicaciones N°s 1 y 2 fueron rechazadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores**

**Boeninger y Ruiz-Esquide. Con idéntica votación fue aprobada la nueva redacción del artículo 1º.**

-----

En vista de las definiciones adoptadas en el artículo 1º, la comisión acordó, para guardar la debida correspondencia y armonía entre las disposiciones del proyecto, emplear la expresión “Régimen General de Garantías en Salud”, cada vez que resulte pertinente.

**- Acordado en forma unánime, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores, Boeninger y Ruiz-Esquide.**

-----

#### Artículo 2º

Consagra al Régimen de Garantías en Salud como un instrumento de regulación sanitaria, de carácter general y obligatorio, que será elaborado por el Ministerio de Salud en conformidad con el Plan Nacional de Salud y con los recursos disponibles.

En este artículo recae la **indicación N° 3**, formulada por el Presidente de la República para reemplazarlo por el que se indica a continuación:

“Artículo ....- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.”.

La Comisión, en concordancia con los planteamientos antes expuestos y con lo acordado respecto del artículo anterior, rechazó la indicación N° 3 y acordó dar un nuevo contenido al artículo 2º, relativo a las Garantías Explícitas en Salud.

El primer inciso señala que el Régimen General de Garantías incluirá dichas Garantías Explícitas en Salud, precisando que éstas permiten asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, definidos por la autoridad en el decreto correspondiente. Agrega que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional tendrán la obligación de asegurar las garantías explícitas a sus respectivos beneficiarios.

El inciso segundo reconoce a las Garantías Explícitas en Salud su carácter de fuente de derechos para los beneficiarios, precisando que su cumplimiento podrá ser exigido ante los aseguradores –el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional-, la Superintendencia de Salud y las demás instancias pertinentes.

Enseguida, el inciso tercero consagra la igualdad de las garantías explícitas a las que se refiere el artículo, respecto de los beneficiarios de los sistemas público y privado de salud. Precisando que, sin perjuicio de lo anterior, las garantías explícitas podrán ser distintas para una misma prestación, de acuerdo a criterios generales como, por ejemplo, enfermedad, sexo, grupo etario u otras variables objetivas pertinentes.

Cabe señalar que, al debatirse este inciso, se discutió el alcance del concepto “variables objetivas pertinentes”. En efecto, la Honorable Senadora señora Matthei manifestó su preocupación frente a eventuales conflictos de interpretación derivados de la holgura e indefinición del término y planteó la necesidad de acotarlo.

El señor Ministro de Salud explicó que dichas variables dicen relación con situaciones diversas, de difícil tipificación, tales como la depresión en mujeres con hijos menores de diez años, el avance de la enfermedad, la concurrencia de conductas de riesgo, el tratamiento del alcoholismo en grupos vulnerables, entre otras. Agregó que, por esta razón, se optó por establecer un criterio general, que deberá ser aplicado en cada caso por la autoridad, con la participación del Consejo Consultivo.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger señaló que la norma central del inciso tercero es la igualdad en las prestaciones para los usuarios de los sistemas público y privado, que sólo podrá ser alterada sobre la base de criterios generales. Agregó que la norma aporta algunos ejemplos y, sin embargo, mantiene la referencia a las “variables objetivas pertinentes”, porque dichos ejemplos no agotan las posibilidades y porque es necesario contar con un concepto general que, junto con limitar la discrecionalidad de la autoridad, le conceda la flexibilidad necesaria para enfrentar los ingentes cambios que previsiblemente resultarán de la reforma.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la participación del Consejo Consultivo disipaba sus aprensiones iniciales.

Finalmente, el inciso cuarto obliga a las Instituciones de Salud Previsional a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley (que pasó a ser 31).

Cabe recordar que la cobertura financiera mínima para la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud se fijará en el mismo decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud y regirá durante el mismo período que las referidas Garantías Explícitas.

**- En consecuencia, la indicación N° 3 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide. Con la misma votación fue aprobada la nueva redacción del artículo 2°, adecuando la referencia interna que él contiene.**

### Artículo 3°

Entrega al Régimen de Garantías en Salud la determinación de las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud estará obligado a cubrir a sus respectivos beneficiarios, en la modalidad de atención institucional, conforme con la ley N° 18.469.

El inciso segundo agrega que, sin perjuicio de lo anterior y conforme a las prioridades sanitarias, criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, las que deberán asegurar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. El inciso concluye señalando que el conjunto de Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.

El inciso tercero precisa que las Garantías Explícitas podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y que serán las mismas para los afiliados a los sistemas público y privado. Agrega que las Garantías Explícitas son un derecho para los beneficiarios y que su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias pertinentes.

El inciso cuarto entrega al Ministerio de Salud la dictación de las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Finalmente, el inciso quinto indica que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional también tendrán la obligación de otorgar las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley, y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo con la ley N° 18.933.

Cabe señalar que la Comisión, en concordancia con las decisiones adoptadas respecto de los artículos 1° y 2° y fundándose asimismo en la necesidad de precisar los conceptos básicos del proyecto, aprobó la siguiente nueva redacción para el inciso primero del artículo 3°:

"Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. "

**- Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

Considerando el acuerdo adoptado respecto de esta disposición y de los artículos anteriores, analizaremos las indicaciones N°s 4 al 10, formuladas a este artículo.

La **indicación N° 4**, de los Honorables Senadores señor Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir el inciso primero por el siguiente:

"El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de atención institucional, deberán cubrir a sus respectivos beneficiarios, conforme en las leyes N°s. 18.933 y 18.469."

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que esta indicación innova al incluir a los beneficiarios del sistema privado de salud, ya que actualmente el precepto sólo alude al Fondo Nacional de Salud.

El señor Ministro de Salud hizo presente que el Régimen de Garantías en Salud, que es el marco, incluye la totalidad de las enfermedades o condiciones de salud y las prestaciones correspondientes para el sistema público de salud. Agregó que la indicación extiende el

alcance de este inciso al sistema privado de salud, lo que no se ajusta con el espíritu del presente proyecto, en el cual sólo las Garantías Explícitas del Régimen, a las que alude el inciso segundo, son obligatorias para ambos sistemas, público y privado.

Agregó que este fue uno de los elementos esenciales de la discusión sostenida con ocasión del primer informe evacuado por la Comisión de Salud del Senado, en la que se perfiló la distinción entre prestaciones vinculadas al AUGE y las que no lo están. Añadió que el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas es el marco general, en que se inscribe el Régimen de Garantías en Salud y en el cual se distinguen garantías de dos tipos, las explícitas –que constituyen el AUGE- y las que no lo son.

En atención a la explicación previa y en concordancia con la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º, la Comisión acordó el rechazo de esta indicación.

**- La indicación N° 4 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 5**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar, en el inciso segundo, lo siguiente: “Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala,”.

**-Considerando la nueva redacción acordada para el artículo 3º, esta indicación fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 6**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la oración “El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá” por la siguiente: “Asimismo, las prioridades sanitarias contribuirán”.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación N° 6 reemplaza la referencia al conjunto de Garantías Explícitas, como elemento que contribuye a la determinación de la Prima Universal, por otra a las prioridades sanitarias. Agregó que las indicaciones N°s 44 y 45 abordan el tema precisando, respectivamente, que las garantías explícitas en salud deberán ajustarse al valor de la Prima Universal y que su costo promedio no puede superar el valor de dicha Prima.

Considerando la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º y el hecho que la Prima Universal será abordado al tratar las

referidas indicaciones N<sup>os</sup> 44 y 45, la Comisión acordó rechazar esta proposición.

**- La indicación N<sup>o</sup> 6 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N<sup>o</sup> 7**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la oración final del inciso segundo del artículo 3<sup>o</sup>, que dispone: “El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley”, por la siguiente: “A partir exclusivamente de dichas Garantías Explícitas se determinará la Prima Universal de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 de esta ley. En todo caso, los gastos esperados por el otorgamiento de dichas garantías no podrán ser superiores al valor de la referida prima.”.

La Honorable Senadora señora Matthei fundó su indicación señalando que ésta busca crear una relación de correspondencia biunívoca entre el costo de las enfermedades y la prima, de modo que esta última alcance para cubrir con la mayor exactitud posible el costo de las primeras. Por esta razón, agregó, exigir que el conjunto de Garantías Explícitas contribuya a la determinación de la Prima es ineficaz, ya que dicho conjunto no debe “contribuir” sino que debe corresponder al valor de la prima.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina señaló que el verbo “contribuir” no es el adecuado, si no concurren otros factores diferentes al costo del conjunto de Garantías Explícitas que deban considerarse para determinar la Prima Universal.

El señor Ministro de Salud reiteró que las indicaciones N<sup>os</sup> 44 y 45 tocan la materia, proponiendo precisar que las Garantías Explícitas en salud deberán ajustarse al valor de la Prima Universal y que su costo promedio no podrá superar el valor de esa Prima. Con respecto a la indicación en análisis expresó que, siguiendo la misma lógica planteada por sus autores, lo adecuado sería señalar que los gastos esperados por el otorgamiento de las Garantías Explícitas no podrán ser distintos al valor de la Prima.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide recordó que, en relación con esta materia, tuvo lugar un extenso debate durante el trámite reglamentario de la discusión en general, en el cual se concordó que que la prioridad sanitaria sería el eje central y que la Prima Universal no puede superar el presupuesto asignado por Hacienda.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina optaron por retirar la indicación N<sup>o</sup> 7, de su autoría, e hicieron

presente que abordarían el tema nuevamente al analizar las indicaciones que recaen en el artículo 12.

**- En consecuencia, la indicación N° 7 fue retirada por sus autores.**

La **indicación N° 8**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone agregar, al final del inciso cuarto, lo siguiente: "Dichas normas serán dadas a conocer oportunamente a estos beneficiarios."

Cabe señalar que la redacción del nuevo artículo 3º coincide con los términos del inciso cuarto del artículo 3º original.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la redacción propuesta por la indicación podría dar lugar a que se interprete como que debe informarse a cada beneficiario, con los costos asociados.

Con el fin de evitar una interpretación errada, pero coincidiendo con el fondo de la indicación del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la Comisión acordó recoger esta indicación como parte integrante de la nueva redacción del artículo 3º, incluyéndola como parte final de su inciso primero, en los siguientes términos: "Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento."

**- La indicación N° 8 fue aprobada, con la modificación reseñada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 9**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar, en su inciso cuarto, la siguiente frase final: "Estas prestaciones no podrán verse reducidas ni condicionadas por las modificaciones que se produzcan respecto de aquéllas de carácter prioritario a que hace referencia el inciso segundo."

El Honorable Senador señor Viera-Gallo fundó su indicación en la necesidad de evitar que el cumplimiento de las "prestaciones AUGE", a las que se refiere el inciso segundo, impliquen un perjuicio a las prestaciones que correspondan a los beneficiarios del sistema público de salud que no cuentan con garantías explícitas.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide hizo presente que, frente a las críticas, se ha sustentado la tesis de que el AUGE no significará un detrimento para las prestaciones no AUGE. Agregó que, aun cuando no sea técnicamente necesario incorporar una norma como la que se propone, su inclusión se justifica por el hecho de tratarse de un tema conflictivo que conviene precisar a cabalidad.

El señor Ministro de Salud manifestó que, aun cuando la indicación coincide con el espíritu que anima a este proyecto, el Ejecutivo no se encuentra en condiciones de garantizar el cumplimiento de una disposición asociada a gastos.

La Honorable Senadora señora Matthei coincidió con los Senadores autores de la indicación, en el propósito de que impedir que las prestaciones no AUGE se vean perjudicadas por las garantizadas explícitamente.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Boeninger, quien hizo presente que la orientación de la indicación es adecuada, toda vez que se pretende evitar que se recurra a los fondos destinados a financiar el Plan AUGE para financiar prestaciones que no cuentan con garantías explícitas.

Por otra parte, el Honorable Senador señor Espina manifestó que la decisión respecto al conjunto de enfermedades o condiciones de salud que gozarán de Garantías Explícitas se adopta por consideraciones de política sanitaria y que ella no puede traducirse en un detrimento en las prestaciones no garantizadas. Agregó que, sin perjuicio de lo anterior, resulta peligroso acoger una indicación como la propuesta ya que implica restar flexibilidad a la autoridad sanitaria, que la necesita para adecuarse a una realidad cambiante.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que existe amplia coincidencia en que el financiamiento del AUGE debe estar disponible sin medrar los recursos que financian las restantes prestaciones. Agregó que, como lo planteara al iniciarse la discusión del presente proyecto de ley, la mejor forma de lograr este objetivo es formular presupuestos diferenciados para el financiamiento de las prestaciones AUGE y las que no lo son.

El señor Ministro de Salud explicó que las prioridades las determinará la autoridad, que actuará –respecto del AUGE– con la asesoría del Consejo Consultivo y sometida al escrutinio de la opinión pública. Añadió que la indicación da cuenta de las buenas intenciones de sus proponentes pero se funda en un supuesto que no se concilia cabalmente con la realidad y limita seriamente la flexibilidad en el actuar de la autoridad sanitaria. Propuso, en consecuencia, una redacción alternativa para la disposición que propone la indicación

El Honorable Senador señor Viera-Gallo contra argumentó a favor de su indicación señalando que la misma incorpora una norma programática, que se limita a enunciar orientaciones generales, sin que sea factible reclamar compulsivamente su cumplimiento.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esqvide manifestó que se trata de un tema fundamental: la aceptación social del AUGE pasa por que éste no perjudique lo ya existente.

**- Considerando la nueva redacción de los artículos 1º, 2º y 3º acordada por la Comisión, esta indicación quedó aprobada con modificaciones, como inciso segundo del artículo 3º. Votaron a favor los Honorables senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esqvide.**

La **indicación N° 10**, del Presidente de la República, incide en el inciso final del artículo 3º y propone reemplazar la palabra “otorgar”, la primera vez que aparece mencionada, por la frase: “asegurar el otorgamiento de”.

Esta proposición fue recogida por la Comisión en el inciso final de la nueva redacción que se dio al artículo 2º.

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esqvide.**

#### Artículo 4º

Mediante cuatro literales, el artículo 4º define las Garantías Explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

#### Letra b)

Define la Garantía Explícita de Calidad como el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la ley N° 19.937.

En este literal recae la **indicación N° 11**, del Presidente de la República, que propone agregar, a continuación de la expresión “ley N° 19.937” la frase: “, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente”.

El señor Ministro de Salud explicó que todos los médicos, en conformidad con las normas contempladas en la ley sobre autoridad sanitaria, deben registrarse. Agregó que el decreto que señala el conjunto de patologías y condiciones de salud explícitamente garantizadas será el encargado de precisar y definir el tipo de acreditación necesaria. En consecuencia, la frase que se agrega persigue otorgar rango legal a la remisión a dicho reglamento, de modo tal que no pueda desestimarse su aplicación por existir una norma de rango superior, la ley de autoridad sanitaria, que sólo exige que se trate de un prestador de salud registrado.

La Comisión acordó acoger la indicación, reemplazando la referencia al “decreto correspondiente” por otra al “decreto a que se refiere el artículo 11”.

**- La indicación fue aprobada, con la modificación reseñada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

-----

A raíz de lo anterior, la Comisión decidió introducir una corrección similar al final de la letra a) y en la letra c) del artículo 4º, para hacer igualmente explícita la referencia al decreto del artículo 11 de esta ley, en lugar de aludir solamente al “decreto correspondiente”. Además, adecuó la referencia interna contenida en el encabezamiento, a los cambios introducidos en los artículos precedentes.

**- Acordado con la misma votación que le enmienda anterior.**

-----

Letra d)

Define la Garantía Explícita de Protección Financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, que corresponderá al 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

El inciso segundo del mismo literal dispone que, no obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de las personas clasificadas en los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley Nº 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley Nº 18.469.

Cabe recordar que el artículo 29 de la ley Nº 18.469, para efectos del financiamiento del Régimen de Prestaciones de Salud, clasifica a las personas, según su nivel de ingreso, en cuatro grupos: A, B, C y D.

En la letra d) inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 12, 13, 14, 15 y 16.

La **indicación Nº 12**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar su inciso primero por el siguiente:

“d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La proposición en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de la prestación o grupo de prestaciones de salud, la que deberá ser de un 80% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.”.

La Honorable Senadora señora Matthei fundamentó su indicación señalando que ella traslada el eje de la definición, desde el afiliado a los aseguradores, por el hecho de que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional son las entidades llamadas a otorgar la protección financiera, que alcanza al 80%, correspondiéndole al afiliado el copago del 20% restante. Agregó que la modificación que se propone contribuye a determinar en forma más precisa el arancel de referencia, cuya definición resulta esencial para el buen funcionamiento del sistema.

El señor Ministro de Salud explicó que el Ejecutivo no desea innovar en la materia y que no es matemáticamente lo mismo que el afiliado contribuya con un copago del 20% del arancel de referencia o que deba cubrir el 20% del precio real de la prestación, que puede ser diferente del arancel de referencia cubierto por el asegurador.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que la única forma en que el 80% y el 20% de cargo de una y otra parte sume efectivamente el 100% del valor de la prestación es fiando el arancel de referencia en forma rigurosa.

El Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman, hizo presente que el punto trasciende los intentos por que el arancel de referencia refleje mejor el costo de mercado, ya que, como su nombre lo indica, se trata de una mera referencia. Reiteró que este arancel no implica que el costo asignado a una prestación determinada sea idéntico al costo final, pues se contrasta un promedio de costo con la realidad. Agregó que, de esta forma, se incentiva a los aseguradores a buscar prestadores de salud que cobren de acuerdo con el arancel.

Con el fin de alcanzar una solución al problema planteado se acordó ligar la fijación del arancel con el decreto que fija las Garantías Explícitas, haciendo igualmente aplicables las reglas contenidas en los artículos 11 a 19 del proyecto en informe; para este fin, se convino en incorporar un párrafo tercero, nuevo, en el literal d), del siguiente tenor:

"El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3º del presente Título.”.

**- Como consecuencia del acuerdo previamente consignado, los autores de la indicación optaron por su retiro.**

**- La inclusión de un párrafo tercero, nuevo, en el literal d), fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Las indicaciones N<sup>os</sup> 13 y 14, fueron formuladas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 13** propone intercalar, en el inciso primero del literal d), después de las palabras “deberá ser” lo siguiente: “para los pertenecientes al grupo C un 5% y para los del grupo D un 10% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen”.

La **indicación N° 14**, propone agregar, al final del inciso primero del literal d), lo siguiente: “En el caso del grupo C corresponderá a un 10%.”.

**- Ambas fueron declaradas inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

La **indicación N° 15**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso, nuevo:

“La diferencia de cargo del afiliado o beneficiario se denominará copago”.

**- Fue retirada por sus autores.**

La **indicación N° 16**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del inciso segundo, un inciso, nuevo, que exime del copago a las siguientes personas: los trabajadores afiliados al Sistema Público de Salud que perciban el sueldo mínimo, y sus cargas; los cesantes que reciban subsidio de cesantía y sus cargas, mientras mantengan su situación; los jubilados, con ingresos hasta 3 sueldos mínimos, y sus cargas; los trabajadores del Sistema Público de Salud, activos y pasivos y sus cargas, que coticen para el Sistema Público de Salud. Además incluye la totalidad de las atenciones de programas especiales del Ministerio de Salud, que hasta ahora se entregan gratuitamente, y todas las prestaciones de atención primaria.

El Presidente de la Comisión declaró la inadmisibilidad de esta proposición, por incidir en materias de iniciativa

exclusiva del Presidente de la República, conforme al artículo 62 de la Constitución Política de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, el Ejecutivo destacó que la mayor parte de estas situaciones se encuentran recogidas por el proyecto, con excepción de los jubilados con ingresos de hasta 3 sueldos mínimos y sus cargas.

**- Fue declarada inadmisibile.**

Artículo 5°

Dispone que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tengan derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

En este artículo incide la **indicación N° 17**, del Presidente de la República, la que tiene como objetivo agregar a continuación de la palabra “adicional”, la frase: “de cargo de dichos organismos según corresponda”.

El señor Ministro de Salud explicó que esta proposición es de carácter formal, pues se limita a introducir una precisión gramatical.

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Eskuide.**

Artículo 7°

Dispone que el monto del deducible en el caso de los afiliados al sistema privado de salud, y de los pertenecientes al Grupo D del artículo 29 de la ley N° 18.469, equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. Este monto disminuye a 21 cotizaciones mensuales por evento, tratándose de los afiliados pertenecientes al Grupo C.

El inciso segundo indica el monto del deducible, en caso de pluralidad de eventos en un período de doce meses, contados desde que se encuentre devengado el primer copago del primer evento. Al efecto señala que, tratándose de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y de quienes pertenezcan al Grupo D de la ley N° 18.469, el deducible alcanzará a 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda y, para los afiliados pertenecientes al Grupo C, será de 31 cotizaciones mensuales.

El inciso tercero establece la forma de determinar la cotización que sirve como base de cálculo para el deducible y, al efecto, señala que se definirá conforme al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral. El promedio se calculará considerando desde la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento; si en dicho período las cotizaciones fueran menos de seis, se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

Finalmente, el inciso cuarto, dispone que, para calcular el deducible en el caso de cotización pactada, se usará como base de cálculo la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 18 a 29.

La **indicación N<sup>o</sup> 18**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide, propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

““Para los afiliados pertenecientes al grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N<sup>o</sup> 18.466, el deducible equivaldrá a 1,5 sueldos mensuales legales pactados según corresponda, independiente de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados al grupo C de la referida ley; el deducible equivaldrá a un sueldo mensual legal o pactado independiente del número de eventos asociados a las garantías explícitas que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.”.

La indicación innova respecto del texto del proyecto en tres aspectos: elimina la referencia a los afiliados al sistema privado de salud; modifica el monto del deducible y reemplaza las cotizaciones mensuales por sueldos mensuales, y fija el deducible con independencia del número de siniestros.

**- Fue declarada inadmisibles por incidir en materias cuya iniciativa se reserva en forma privativa al Presidente de la República, conforme al artículo 62 de la Constitución Política de la República.**

Las **indicaciones N<sup>os</sup> 19, 20 y 21** inciden en el inciso primero del artículo 7<sup>o</sup> y fueron formuladas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

La primera propone intercalar en el inciso primero, a continuación de la palabra “Previsional” las expresiones “y sus

beneficiarios,”; la segunda intercalar, a continuación de la expresión “ley N° 18.469,” las palabras “y sus cargas legales,” y la última busca reemplazar la frase “que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan.” por lo siguiente: “que le ocurra a él, a sus cargas legales o a los beneficiarios que de él dependan, según corresponda.”.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que la propuesta formulada conjuntamente con el Honorable Senador señor Espina pretende incorporar a las cargas y beneficiarios de los afiliados entre los favorecidos con la cobertura financiera adicional, a que se refiere el Párrafo 2º, en el cual se incluye este artículo 7º.

El señor Ministro de Salud precisó que la modificación resulta redundante, toda vez que la normativa vigente, tanto para el Fondo Nacional de Salud como para las Instituciones de Salud Previsional, dispone que la referencia al afiliado implique la inclusión de sus cargas.

**- Los autores de las indicaciones N°s 19, 20 y 21, considerando la explicación previamente consignada, decidieron su retiro.**

La **indicación N° 22**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso primero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): “en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.”

El señor Ministro de Salud explicó que el límite al monto del deducible intenta impedir que personas con ingresos superiores a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual –que corresponden al grupo D del artículo 29 de la ley N° 18.469- deban pagar montos demasiado elevados.

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.**

Las **indicaciones N°s 23 y 24**, fueron formuladas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para eliminar los incisos segundo y tercero del artículo 7º, respectivamente.

**-Fueron retiradas por su autor.**

La **indicación N° 25**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso tercero, la oración “en caso de que la cotización base sea la legal”, por la siguiente: “en caso de que la cotización corresponda a un porcentaje de la renta”.

Sobre el particular, el Fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, don Ulises Nancuante, explicó que la cotización sólo puede fijarse en pesos, en unidades de fomento o por ley que la determine como un porcentaje de la renta, mismo que hoy alcanza al 7% <sup>1</sup>. Agregó que, desde un punto de vista jurídico, la ley no habilita para pactar como cotización un porcentaje de la renta.

Considerando la precisión anterior, los autores de la indicación N° 25 optaron por retirar su proposición.

**- Fue retirada por sus autores.**

La **indicación N° 26**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, para intercalar, en el inciso tercero, a continuación de la oración “o pagada en el mes inmediatamente anterior al inicio del evento”, lo siguiente: “, o del primer evento, según corresponda”.

**- Fue aprobada con el voto de la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 27**, del Presidente de la República, propone agregar en el inciso tercero, antes del punto seguido (.) la siguiente frase precedida por un punto y coma (;): “en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.”

El representante del Ejecutivo explicó que el objetivo de esta proposición es limitar el monto del deducible, con el fin de no perjudicar a los beneficiarios de rentas superiores.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 28**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone eliminar el inciso cuarto.

La Comisión estimó que el inciso cuarto, cuya eliminación se propone, es de carácter esencial y optó por el rechazo de la presente indicación.

**- Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

---

<sup>1</sup> Artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La **indicación N° 29**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar, en el inciso cuarto, la frase inicial “En el caso de la cotización pactada” por la siguiente: “En el caso de que la cotización corresponda a un monto pactado”.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

#### Artículo 9°

El inciso primero dispone que la acumulación del deducible se efectúe en un período máximo de doce meses, computándose desde que el beneficiario registre un primer copago devengado. Agrega que, en el evento de no completarse el deducible dentro del mismo plazo, no se acumularán los copagos para el período siguiente, debiendo reiniciarse el cómputo del deducible por otros doce meses.

El inciso segundo precisa que, para el efecto de computar el deducible, no se contabilizarán los copagos originados en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

El inciso tercero aborda la situación en que el beneficiario sea hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional, como consecuencia de una urgencia vital o de una situación que dé lugar a una secuela funcional grave y precise hospitalización inmediata e impostergable. Sobre el particular, la norma estipula que los copagos devengados en dicho establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

El inciso cuarto impone al beneficiario la obligación de dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

El inciso quinto faculta al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional para trasladar al paciente que no se encuentre médicamente impedido, a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud.

El inciso sexto se sitúa en la hipótesis de que, existiendo autorización médica para el traslado, el paciente o sus familiares se nieguen al mismo y, al efecto dispone que no se computarán para el cálculo del deducible los copagos devengados con posterioridad a la referida autorización.

El inciso séptimo y final concluye indicando que si el paciente decide, con posterioridad, ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado, se reanuda el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 30 a 42.

En primer término analizaremos las indicaciones N<sup>os</sup> 30 y 31.

La **indicación N° 30**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskide, propone reemplazar el presente artículo por el siguiente:

“El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de treinta y seis meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los treinta y seis meses no se alcanzara a completar el deducible; los copagos no se acumularán para el siguiente período; reiniciándose el cómputo del deducible por otros treinta y seis meses, y así sucesivamente.”.

**- La indicación fue declarada inadmisibles, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa del Presidente de la República.**

La **indicación N° 31**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “para otorgar dichas garantías” por la siguiente oración: “o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia conforme la letra c) del artículo 4°”.

Se dijo a la Comisión que la indicación busca incorporar al Fondo Nacional de Salud, originalmente omitido en esta norma.

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

Las indicaciones N<sup>os</sup> 32 a 42 inciden en la situación de una persona que sufre una condición de salud garantizada que implica urgencia vital o secuela funcional grave y que, por este hecho, debe ser hospitalizada en un establecimiento ajeno al sistema, es decir que no

pertenece a la Red Asistencial o es distinto al designado por la Institución de Salud Previsional que corresponde.

En el seno de la Comisión se desarrolló un extenso debate sobre el particular, que versó sobre las siguientes materias:

a) Modo de evitar abusos consistentes en invocar una urgencia vital para ser hospitalizado en un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de los designados por las Instituciones de Salud Previsional.

La Comisión coincidió en considerar que el beneficiario hospitalizado de urgencia en un establecimiento ajeno al sistema debe quedar cubierto por las garantías explícitas, pero que, sin perjuicio de lo anterior, debe evitarse que esto constituya un incentivo perverso para invocar el sistema en establecimientos asistenciales que no correspondan.

Convino, asimismo, en que el sistema requiere de la buena fe de quienes participan en él, ya que el abuso por parte de cualquiera de los diversos partícipes en el mismo –pacientes, prestadores de salud y aseguradores— implica, a la larga, su colapso, debiendo adoptarse los resguardos necesarios para evitar eventuales abusos y desincentivarlos.

b) Necesidad de dar pronto aviso de que una persona que sufre una condición de salud garantizada que implica urgencia vital o secuela funcional grave ha sido hospitalizada en un establecimiento que no pertenece a la Red Asistencial o no es el señalado por la Institución de Salud Previsional correspondiente.

En relación con este tema, se debatió sobre el sujeto encargado de dar este aviso, el receptor del mismo y el plazo y forma de efectuarlo.

Sobre el particular, la Comisión acordó imponer la obligación al establecimiento, ya que consideró inconveniente gravar con esta carga al paciente o a su familia, por estimar que el primero no se encuentra en condiciones de hacerlo y que, para su familia, esta obligación haría aún más penoso el difícil momento que habitualmente supone la internación hospitalaria de una persona que sufre una emergencia vital o arriesga una secuela funcional grave.

Respecto del receptor del aviso, inicialmente se estimó que debían ser los aseguradores –el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional correspondiente--, ya que son los obligados al pago y, en consecuencia, los principales interesados, desde la perspectiva económica. No obstante, finalmente se optó por informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, por tratarse del organismo encargado de la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo

Nacional de Salud, conforme lo dispone el artículo 5º de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud, aprobada por la ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

Se optó por señalar un plazo de veinticuatro horas para dar el aviso, contado desde el ingreso del paciente. Asimismo, se estimó que la publicación del aviso en el sitio web habilitado en la red Internet por la Intendencia garantiza el pronto conocimiento del respectivo asegurador de salud.

Finalmente, se acordó que el aviso debía incluir la mención de la identidad del paciente.

c) Forma de garantizar que la regulación de la acumulación de copagos para el deducible, asociada a la hospitalización por urgencia vital fuera de la Red Asistencial o en un establecimiento distinto al señalado por el asegurador, sea aplicable sólo hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

A este efecto cobra especial importancia la determinación del momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado y la definición del sujeto hábil para efectuar dicha declaración.

Sobre el punto, la Comisión estimó que el elevado costo que puede suponer la atención que brinde el establecimiento que atendió la urgencia, impone realizar el traslado tan pronto como el mismo no suponga un peligro médico para el paciente.

Para ello se optó por señalar expresamente que la protección otorgada por los incisos tercero a séptimo del artículo 9º se extiende sólo hasta el que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado y por entregar la determinación de dicho momento al médico tratante.

d) Situación de los copagos y de la acumulación del deducible en cada uno de los posibles escenarios.

A este respecto, la Comisión tuvo en cuenta que, una vez que el paciente ha sido declarado en condiciones de ser trasladado sin riesgo, puede producirse alguna de las siguientes hipótesis, a las que asoció la consecuencia que se indica en cada caso:

- el paciente puede optar por quedarse y, en ese evento, de ahí en adelante los copagos no se computarán para el cálculo del deducible;

- el paciente puede preferir trasladarse a otro establecimiento ajeno al sistema –que no forme parte de la Red Asistencial o no tenga convenio con el respectivo asegurador-, con las mismas consecuencias previstas en el caso anterior, o

- el paciente puede trasladarse a un establecimiento que forme parte del sistema, quedando desde entonces cubierto por las garantías explícitas; en este caso, si el paciente se había puesto en alguna de las dos situaciones anteriormente descritas, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

e) Resolución de controversias surgidas de discrepancias respecto a la calificación de urgencia vital o de secuela funcional grave y de la circunstancia de poder efectuarse el traslado sin peligro para el paciente.

La Comisión coincidió en que uno de los conflictos más usuales se producirá entre el médico tratante y los médicos de la entidad aseguradora. Como forma de solucionar esta discrepancia, entregó la decisión respecto al traslado al médico tratante, pero facultó a los aseguradores para solicitar la intervención de la Superintendencia de Salud, que resolverá el desacuerdo conforme a las reglas procedimentales establecidas en el artículo 9º.

Con el fin de recoger las inquietudes formuladas respecto de los puntos antes señalados, la Comisión acordó aprobar como texto de los incisos tercero a séptimo del artículo 9º los siguientes:

"No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

Si el paciente a sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.

Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al asegurador requirente."

**- Los incisos tercero, cuarto, quinto y séptimo del artículo 9° fueron aprobados, en los términos previamente señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**El inciso sexto fue aprobado por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

Enseguida se consignan las **indicaciones N°s 32 a 42**, formuladas a los incisos tercero y siguientes del artículo 9° y la decisión adoptada por la Comisión respecto de cada una de ellas, como consecuencia de la aprobación del texto de los incisos tercero a séptimo, previamente señalados, y en concordancia con los mismos.

La **indicación N° 32**, del Presidente de la República, propone el reemplazo del inciso tercero por otro, que innova exclusivamente en cuanto precisa que esta norma se aplica sólo respecto de la acumulación del deducible.

El representante del Ejecutivo explicó que la indicación hace más precisa la norma y expresa mejor su sentido y alcance: tratándose de hospitalización por emergencia vital en un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o que no tiene convenio con el asegurador privado, para el cómputo del deducible se acumularán los copagos devengados en dicho establecimiento, hasta el monto que se habría debido pagar en la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional correspondiente.

**- Fue aprobada con modificaciones, subsumida en la nueva redacción del artículo 9°, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 33**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar en la parte inicial del inciso tercero, a continuación de la expresión "Salud Previsional", y antes del punto seguido (.), lo siguiente: ", siempre que se encuentre imposibilitado de acceder a uno de estos".

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

La **indicación N° 34**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la parte final del inciso tercero por otra, que señala dos reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital a que se refiere el mismo inciso:

a) desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y

b) para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que mediante la indicación se dispone que la regulación asociada a la hospitalización por urgencia vital fuera de la Red Asistencial o en un establecimiento distinto al señalado por el asegurador, sea aplicable sólo hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Agregó que las Garantías Explícitas en Salud definidas por el artículo 4º permiten la ocurrencia de tres alternativas: la atención dentro de la Red Asistencial o por el prestador señalado por el asegurador; la atención fuera de la Red o con un prestador ajeno al sistema, caso en el cual se pierde la cobertura, y la situación de emergencia vital o secuela funcional grave, en la cual el paciente es hospitalizado en un establecimiento que no pertenece a la Red o que no ha sido señalado por el asegurador, y se aplican las Garantías Explícitas, pero limitadas en el tiempo, hasta el momento en que la persona hospitalizada puede ser trasladada sin riesgo.

**- La indicación fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º. La decisión se adoptó por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo y el voto disidente del Honorable Senador señor Boeninger.**

Enseguida, la Comisión analizó conjuntamente las indicaciones N<sup>os</sup> 35 y 36, ambas formuladas al inciso cuarto.

La **indicación N° 35**, del Presidente de la República, propone sustituir el inciso cuarto, por otro que, manteniendo la obligación del beneficiario de dar aviso de un evento de urgencia en el término de 72 horas, cuenta este plazo desde el ingreso del mismo al establecimiento de salud y agrega que, en caso de imposibilidad, el director del prestador institucional deberá informar dicha circunstancia a la Superintendencia de Salud.

La **indicación N° 36**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso cuarto por otro, que impone al establecimiento la obligación de dar aviso a la Superintendencia de Salud del hecho de haber recibido a una persona afectada por una urgencia. Además, la indicación propone fijar un plazo de 24 horas para cumplir este deber y señala que deberá indicarse la identidad del sujeto en cuestión.

**- Ambas indicaciones fueron aprobadas con modificaciones, refundidas y subsumidas en el nuevo texto del artículo**

**9º, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 37**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso quinto por otro, que hace referencia a las reglas a seguir en el caso de hospitalización por emergencia vital propuestas por los mismos autores mediante la indicación N° 34 --que señalan que desde el ingreso del paciente y hasta que pueda ser trasladado, se aplicarán la cobertura y el copago determinados para el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y que para el cálculo del deducible se computarán los copagos devengados en el establecimiento en que se efectúe esta hospitalización— estipulando que las mismas se aplicarán sólo hasta que el establecimiento que haya recibido al paciente determine que éste se encuentra en condiciones de ser trasladado.

Considerando que la misma idea se encuentra recogida por la indicación N° 34, anteriormente aprobada, los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina procedieron a retirar la indicación en comentario.

**- Fue retirada.**

La **indicación N° 38**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar el inciso sexto por otro, que se sitúa en la hipótesis de que se ha autorizado el traslado y señala las siguientes reglas al efecto.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por la mantención de éste en el establecimiento u optan por el traslado a un establecimiento que no forme parte de la Red Asistencial o sea distinto de aquél o aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán desde entonces las coberturas de Fonasa en su modalidad de libre elección o del plan complementario, según corresponda. Los copagos que se generen no se contabilizarán para el cálculo del deducible.

- Cuando el paciente o sus familiares optan por el traslado de éste a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, se aplicarán las coberturas del Régimen y los copagos que se generen se contabilizarán para el cálculo del deducible.

**- Fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 39**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, en el inciso

séptimo, a continuación de la palabra “posterioridad”, lo siguiente: “a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente”.

Esta indicación tiene por objeto adecuar la norma a la aprobación de la indicación N° 34 de los mismos autores.

**- Fue aprobada subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 40**, formulada por el Presidente de la República, para agregar, en inciso final del artículo 9º, antes de la palabra “reiniciará” las palabras “iniciará o”.

**- Fue aprobada, sin enmiendas, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

Enseguida, la Comisión abordó el análisis de las **indicaciones N°s 41 y 42**, cada una de las cuales propone un inciso final nuevo.

En efecto, el propuesto por la **indicación N° 41**, del Presidente de la República, otorga a la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la facultad de resolver las discrepancias que surjan respecto de la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave.

A su turno, la proposición contenida en la **indicación N° 42**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, dispone que los conflictos médicos relativos a un eventual traslado serán resueltos, en única instancia, por un perito médico que forme parte de una lista que al efecto mantenga la Superintendencia de Salud. La indicación agrega que los requisitos para inscribirse en la lista, los aranceles respectivos, el procedimiento de designación de los peritos y demás aspectos relacionados serán establecidos por la Superintendencia de Salud a través de normas de aplicación general.

La Comisión estimó que la indicación del Ejecutivo ofrece una forma más simple y clara para resolver los conflictos que surjan de discrepancias en la calificación de urgencia vital o secuela funcional grave.

**- En consecuencia, la indicación N° 41 fue aprobada con modificaciones, subsumida en el nuevo texto del artículo 9º, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo, y la indicación N° 42 fue retirada por sus autores.**

## Artículo 12

El inciso primero dispone que, al iniciarse el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

El inciso segundo define la Prima Universal como el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a la garantía explícita de protección financiera.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 43 a 46.

La **indicación N° 43**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar, en el inciso primero, las palabras “al que deberá ajustarse”.

**- Fue retirada por sus autores.**

La **indicación N° 44**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la expresión “al que deberá ajustarse” por la siguiente frase precedida por una coma (,): “expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas garantías”.

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

La **indicación N° 45**, también formulada por el Presidente de la República, tiene por objetivo reemplazar el inciso segundo por los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

“Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un periodo de doce meses, superior a la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse en base a los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y las demás normas que se establecerán en un Reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.”.

La Comisión, a sugerencia del Honorable Senador señor Boeninger, acordó acoger la proposición del Presidente de la República precisando que el costo esperado individual promedio, estimado para doce meses, debe ser "pertinente" y no puede ser "significativamente diferente" a la Prima Universal.

**- Fue aprobada, con las modificaciones consignadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Finalmente, recae en este artículo la **indicación N° 46**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la que propone sustituir, en el inciso segundo, la frase final por la siguiente: "deducido el 20% de contribución y el 10% conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4° de esta ley."

**- Fue declarada inadmisibles por el Presidente, por incidir en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

#### Artículo 14

Dispone que, teniendo en cuenta los estudios destinados a determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren los elementos señalados en el artículo 13, unidos a la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se procederá a elaborar un listado de enfermedades e intervenciones asociadas, descartándose todas las que fundadamente no signifiquen un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados.

La disposición agrega que también deberá estimarse el costo de incorporarlas al Régimen, conforme a la capacidad de oferta de los sectores público y privado y a la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

En esta disposición recaen las indicaciones N°s 47 y 48.

La **indicación N° 47**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone la eliminación de este artículo.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Por su parte, la **indicación N° 48**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar

la oración “respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan”, por “prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que significan”.

La Comisión optó por acoger esta indicación, por considerar que la misma precisa y mejora la norma en que incide.

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

#### Artículo 18

Limita los incrementos en el valor de la Prima Universal a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo recae la **indicación N° 49**, del Presidente de la República, que propone suprimir la palabra “real”, y agregar, entre la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Real”. Ella corrige un error de redacción en la denominación del Índice en cuestión.

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

#### Artículo 19

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

En este artículo incide la **indicación N° 50**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, que propone agregar, a continuación de la expresión “Garantías Explícitas del Régimen” lo siguiente: “, y que hayan sido requeridas en este carácter; de conformidad a las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud”.

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

#### Artículo 21

Alude a la composición del Consejo Consultivo señalando que será de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo consta de cinco numerales, que señalan la forma en que dichos consejeros serán nombrados.

El inciso tercero dispone que el cargo de consejero no sea remunerado, dura tres años y puede renovarse por una única vez.

El inciso cuarto señala que el Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos de acuerdo con el reglamento y permite la asistencia a sus sesiones de los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda, quienes sólo tendrán en ellas derecho a voz.

El inciso quinto dota al Consejo de una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un Secretario Ejecutivo, profesional que será designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo y a quien le corresponderá la coordinación del funcionamiento del mismo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 51 y 52.

La **indicación N° 51**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone agregar, en el número 5 del inciso segundo, la siguiente frase final: "A lo menos uno de estos miembros deberá representar a los prestadores de salud privados."

El señor Ministro de Salud manifestó la posición del Ejecutivo señalando que el Consejo Consultivo ha sido concebido como una entidad asesora de carácter técnico, que no admite la integración de representantes de los prestadores de salud ni de ningún otro grupo de interés.

El Honorable Senador señor Boeninger solicitó se dejara **constancia** de que su voto de rechazo obedece al interés de mantener la esencia del Consejo Consultivo, a la que aludiera el señor Ministro al argumentar en contra de la indicación.

**- Fue rechazada por mayoría, con el voto en contra de los Honorables Senadores señores Boeninger y Viera-Gallo y el voto favorable de la Honorable Senadora señora Matthei.**

La **indicación N° 52**, del Presidente de la República, propone incorporar, en el inciso tercero, entre la expresión “Los consejeros” y la palabra “durarán”, la frase: “ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud,”.

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

#### Artículo 22

El inciso primero dispone que el Consejo Consultivo emita una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta de Garantías Explícitas en Salud, en el plazo que para este fin señale el reglamento respectivo.

El inciso segundo agrega que el Consejo dará su opinión en todas aquellas materias en que el Ministro solicite su parecer.

El inciso tercero establece que las modificaciones propuestas por el Consejo deberán indicar los ajustes que sea necesario efectuar para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario.

El inciso cuarto indica que, con el fin de cumplir con lo dispuesto en los incisos anteriores, los consejeros contarán con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de ello, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, mediante la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios.

El inciso quinto entrega al reglamento lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero y los plazos para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Finalmente, el inciso sexto dispone que el reglamento señale la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, mismas que deberá consignar en su informe.

En este artículo inciden las **indicaciones N<sup>os</sup> 53 y 54**, ambas presentadas por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La primera propone incorporar la siguiente oración final al inciso cuarto: “Ajustándose a los recursos disponibles, ésta no podrá negarse a cursar dichas solicitudes.”.

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

La **indicación N<sup>o</sup> 54** incide en el inciso quinto, relativo al reglamento que regulará el funcionamiento del Consejo Consultivo, proponiendo sustituir la oración “establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo”, por la siguiente: “dictado por el Ministerio de Salud, previa proposición del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento”.

El señor Ministro de Salud hizo presente el desacuerdo del Ejecutivo con esta indicación, señalando que las potestades públicas en la materia corresponden exclusivamente al Ministerio a su cargo, que el Consejo tiene un carácter netamente asesor y que carece de aquellas potestades.

La Comisión discrepó de lo anterior y dejó **constancia** de que la indicación se refiere a una mera proposición, no vinculante, que no implica conceder al Consejo Consultivo potestades públicas.

Con el fin de evitar confusiones se convino en acoger la indicación reemplazando la palabra “proposición” por “sugerencia”.

**- Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

#### Artículo 23

Señala como plazo de entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud, y de sus posteriores modificaciones, el primer día del sexto mes siguiente al de la publicación del presente proyecto como ley en el Diario Oficial. La norma agrega que, sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán comenzar a regir antes de dicho plazo, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

El inciso segundo agrega que las Garantías Explícitas en Salud regirán por un término de tres años, al cabo de los cuales

se entenderán prorrogadas por otros tres años, si no hubieran sido modificadas.

El inciso tercero constituye una excepción a la regla general del inciso anterior, toda vez que permite que, ante circunstancias especiales, el Presidente de la República -por decreto supremo fundado- disponga su modificación antes del plazo de tres años.

El inciso cuarto precisa que las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3º y 4º del Título I.

En este artículo incide la **indicación N° 55**, del Presidente de la República, que propone agregar, en el inciso segundo, a continuación de la expresión “por otros tres años”, la expresión: “y así sucesivamente”.

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

#### Artículo 24

Impone al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud respecto de sus respectivos beneficiarios. Agrega que el decreto supremo que determine las Garantías Explícitas en Salud indicará, para cada patología, el momento desde el cual los beneficiarios tendrán derecho a aquéllas.

El inciso segundo señala que, cumpliéndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar a sus respectivos beneficiarios que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

El inciso tercero concluye señalando que, para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. La misma norma agrega que dichas prestaciones sólo se otorgarán a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de que los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional puedan pactar algo distinto para el otorgamiento de estas prestaciones.

Recaen en este artículo las indicaciones N°s 56 a 61.

Las **indicaciones N<sup>os</sup> 56 y 57**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, proponen eliminar la parte final del inciso primero que señala: “El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.” y agregar la misma frase al inicio del inciso segundo.

La Comisión acogió estas proposiciones, destinadas a separar las distintas ideas contenidas en el precepto y a mejorar la inteligencia de la misma.

**- Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

La **indicación N<sup>o</sup> 58**, de los mismos señores Senadores, propone eliminar del inciso segundo la expresión “Cumpliéndose las condiciones del inciso primero,”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que ésta es consecuencia de la proposición anterior, en orden a mejorar la redacción de la norma.

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

La **indicación N<sup>o</sup> 59**, del Presidente de la República, propone agregar, al final del inciso segundo, lo siguiente: “En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.”.

El señor Ministro de Salud explicó que esta indicación se hace cargo de un tema que fue discutido, pero no resuelto, con ocasión del primer informe evacuado por esta Comisión y que el Ejecutivo se comprometió a abordar en la actual etapa legislativa.

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

La **indicación N<sup>o</sup> 60**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del inciso segundo del artículo 24, un inciso nuevo, del siguiente tenor:

“Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria correspondiente, registrados en la Superintendencia de Salud, los cuales podrán inscribirse libremente en cualquiera red asistencial pública o privada. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”.

El representante del Ejecutivo manifestó su desacuerdo con esta proposición, debido a que la misma permite a los prestadores de salud inscribirse libremente en cualquier red asistencial, lo que resulta discordante con la regulación respectiva estatuida en la ley N° 19.937.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo contra argumentó señalando que se trata de prestadores acreditados y registrados convenientemente, por lo que sugirió que si se quiere evitar que se inscriban libremente en cualquier red asistencial bastaría con eliminar esa frase y aprobar el resto de la proposición.

El Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, abogado Andrés Romero, hizo presente que la norma es innecesaria, ya que se encuentra consagrada por el artículo 24, inciso tercero, del proyecto, complementado por la indicación N° 61.

En atención a lo expuesto, la Comisión procedió a examinar la referida indicación N° 61.

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone sustituir, en el inciso tercero, las palabras “en la Superintendencia de Salud”, por “o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°.”.

La Comisión acordó aprobar las indicaciones N°s 60 y 61, refundidas en los siguientes términos:

"Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.”.

**- Las indicaciones N<sup>os</sup> 60 y 61 fueron aprobadas, la primera con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

#### Artículo 25

Dispone que, para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo en casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 62 a 66.

La **indicación N° 62**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, las palabras “acceder a” por “atenderse en”.

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

La **indicación N° 63**, del Presidente de la República, propone modificar el inciso primero, con el fin de separar las ideas, consignando como un concepto aparte el de que deberá accederse a la red Asistencial correspondiente a través de la atención primaria, con excepción de casos de urgencia o emergencia calificados.

**- La indicación N° 63 fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 64**, del Presidente de la República, también incide en el inciso primero, al que propone agregar la siguiente frase final: “y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito además por el Ministro de Hacienda”.

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

La **indicación N° 65**, formulada por el Honorable Senador señor Arancibia, propone modificar el inciso segundo, con el fin de agregar una frase que define a los prestadores de salud independientes como “prestadores de salud que no se encuentren registrados, conforme lo señalado en el inciso tercero del artículo 24 de esta ley”.

La Comisión acordó rechazar esta indicación y fundó su rechazo en el hecho de que todos los prestadores de salud deben encontrarse registrados o acreditados, conforme dispone el inciso tercero del artículo 24 del presente proyecto.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 66**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, intercala un inciso nuevo, a continuación del segundo, que permite a los prestadores en convenio con el Fondo Nacional de Salud otorgar prestaciones AUGE, en la Modalidad de Libre Elección pero con arancel AUGE, y sólo en establecimientos públicos de salud.

**- Se rechazó con igual votación que la anterior.**

-----

La **indicación N° 67**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del artículo 27, el siguiente artículo 27 bis, nuevo:

“Artículo 27 bis.- No obstante lo dispuesto en los artículos 25 y 27 precedentes aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 que opten por atenderse en la modalidad de Libre Elección, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13, de dicha ley en las prestaciones señaladas en las Garantías Explícitas de Salud y con el arancel establecido para estas prestaciones, conservarán plenamente los derechos respecto a las Garantías Explícitas de Salud.”.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 68**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación del artículo 28, el siguiente artículo 28 bis, nuevo:

“Artículo 28 bis.- No obstante lo dispuesto en el artículo 28 precedente, los beneficiarios de la ley N° 18.933 podrán elegir libremente al prestador que les otorgará las prestaciones del Régimen de Garantía, siempre que dicho prestador acepte el arancel de las Garantías Explícitas de Salud.”.

Cabe recordar que el artículo 28 impone a los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional a quienes se haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, para acceder a los beneficios de dicho Régimen, la obligación de atenderse con alguno de los prestadores de salud que determine la Institución de Salud Previsional correspondiente.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

-----

#### Artículo 29

Otorga a la Superintendencia de Salud la facultad de establecer los mecanismos o instrumentos que deberán implementar los aseguradores público y privados para dejar constancia -en lo relativo a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente- de, al menos, las siguientes materias: 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.

El inciso segundo agrega que, de la misma manera, deberá regular los mecanismos que deberán implementar los aseguradores para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad, cuando la prestación no haya sido otorgada a tiempo.

En esta disposición inciden las indicaciones N°s 69 y 70.

La **indicación N° 69**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar, en el inciso primero, la expresión “los efectos de dejar constancia”, por “que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen”.

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

La **indicación N° 70**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, tiene como objetivo reemplazar, en el inciso primero, las palabras “las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente”, por “las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el inciso segundo del artículo 3° de esta ley”.

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

-----

#### Artículo 30 (nuevo)

La Comisión acordó, por resolución unánime de los Senadores presentes, incorporar como último artículo del Párrafo 6°, “De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”, el siguiente artículo 30, nuevo:

“Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario por el plazo máximo de un mes, prorrogables si se mantuvieren las causas.”.

Cabe señalar que el artículo 36 del Código Sanitario dispone que, cuando una parte del territorio se viere amenazada o invadida por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeran emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, podrá el Presidente de la República, previo informe del Servicio Nacional de Salud, otorgar al Director General facultades extraordinarias para evitar la propagación del mal o enfrentar la emergencia.

**- El nuevo artículo 30 fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

-----

#### Artículo 31 (que pasa a ser 32)

Limita el aumento del costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud, que sea consecuencia de las modificaciones a la cobertura financiera realizadas conforme al artículo 30. Al efecto, dispone que el aumento no podrá exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o por el organismo que lo reemplace, entre el mes precedente a la

promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo recaen las indicaciones N<sup>os</sup> 71 y 72.

La **indicación N° 71**, del Presidente de la República, propone eliminar la palabra “real”, y agregar, a continuación de la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Nominal”. Tal como en el caso de la indicación N° 49, relativa al artículo 18, se corrige un error en la denominación del Índice en cuestión.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 72**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazar la parte final del artículo 31, que comienza con los términos “entre el mes precedente”, por lo siguiente: “entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las garantías explícitas en salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.”.

La indicación incide en el plazo para medir la variación del Índice mencionado que se empleará para fijar el límite superior de crecimiento del costo esperado por beneficiario. En lugar de un mes antes de las fechas que acotan ese plazo, dispone que sean noventa días.

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

#### Artículo 33

Introduce diversas modificaciones a la ley N° 18.469, agrupadas en seis numerales, y en él inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 73 a 87.

-----

La **indicación N° 73**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar un numeral 1, nuevo, modificando la numeración correlativa de los numerales siguientes.

El nuevo numeral propuesto por la indicación modifica el artículo 5°, que señala quienes son los afiliados al régimen, para

agregar entre ellos a los trabajadores independientes que no coticen en un régimen legal de previsión, a quienes gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza, de subsidio por incapacidad laboral o que perciban prestaciones por cesantía y a quienes deseen afiliarse al régimen establecido por la ley N° 18.469 como cotizantes no obligados.

La indicación fue declarada inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por incidir en materias reservadas constitucionalmente a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Sin perjuicio de la declaración precedentemente consignada, el señor Ministro de Salud manifestó la preocupación e interés del Ejecutivo por la situación de los trabajadores independientes y señaló que el punto será abordado en un proyecto de ley distinto.

**- Fue declarada inadmisibles.**

-----

Número 1

El numeral 1 modifica el artículo 6° de la ley N° 18.469, que enuncia a los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, agregando a quienes gocen de una prestación de cesantía de acuerdo con la ley N° 19.728.

La **indicación N° 74**, del Presidente de la República, propone agregar, antes del punto final, lo siguiente: “y sus causantes de asignación familiar.”.

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

-----

La **indicación N° 75**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación del numeral 1, uno nuevo, que incide en el artículo 7° de la ley N° 18.469.

Cabe señalar que el artículo 7°, en su inciso primero, dispone que la incorporación al Régimen se produzca en forma automática, por el hecho de que un sujeto adquiriera la calidad de beneficiario del mismo.

El inciso segundo se refiere a las cotizaciones que los afiliados deberán realizar en el Fondo Nacional de Salud.

El inciso tercero impone a los beneficiarios la obligación de proporcionar, en forma fiel y oportuna, la información que le sea solicitada para su identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El inciso cuarto regula las imposiciones de los cotizantes voluntarios y de los trabajadores independientes.

Las modificaciones propuestas por la indicación en comentario son las siguientes:

- El literal a) de la indicación propone intercalar un nuevo inciso tercero, que exime del pago de cotizaciones a los afiliados que reciban una pensión inferior a medio ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho y menores de sesenta y cinco años de edad. El nuevo inciso agrega: "Aquéllos que reciban una pensión desde medio hasta un ingreso mínimo mensual para dichos trabajadores, pagarán, por ese concepto, un 5% la misma."

- Mediante el literal b), la indicación propone sustituir el inciso final por el siguiente:

"Los trabajadores independientes, los imponentes voluntarios y los cotizantes no obligados estarán sujetos a la cotización indicada en el inciso segundo, aplicada sobre su renta o ingresos declarados."

**- Fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión, por incidir la misma en materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

La **indicación N° 76**, de los mismos autores, propone intercalar, a continuación del numeral 1, un numeral nuevo, que incorpora, a continuación del artículo 7º, los siguientes artículos 7º bis y 7º ter, nuevos:

"Artículo 7º bis.-Los trabajadores independientes estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo a las siguientes reglas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número precedente se calculará en base a los ingresos que declare el interesado en el período ordinario, esto es en el mes de Junio de cada año

ante el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda, para los doce meses siguientes. Los trabajadores independientes que inicien o reinicien actividades en un mes distinto a Mayo, deberán declarar sus ingresos en el mes siguiente, hasta el mes de junio próximo, incorporándose al período ordinario. En todo caso, el trabajador independiente podrá modificar esta declaración por una sola vez dentro del período anual correspondiente. El ingreso declarado no podrá ser inferior a un ingreso mínimo.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada por el trabajador independiente.

5.- La obligación de cotizar, del trabajador independiente, se mantendrá mientras realice una actividad que le proporcione ingresos sin estar sujeto a un empleador. Será de su responsabilidad comunicar al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva el cese en la indicada actividad, comunicación que surtirá efecto a contar del mes siguiente de aquél en que se realice.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, la ley N° 18.933 y esta ley confieren al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República retendrá de la devolución anual de impuestos a la renta que correspondiere al trabajador independiente los montos que por dicho concepto no haya enterado, total o parcialmente, conforme a los procedimientos y plazos que fije el Reglamento.

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

Artículo 7° ter.- Las cotizaciones indicadas en el artículo anterior deberán ser declaradas y pagadas por el trabajador independiente al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, según corresponda, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos declarados anualmente para los efectos del artículo anterior, o aquél en que se autorizó la licencia médica por la entidad correspondiente, en su caso, términos que se prorrogarán hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El trabajador independiente que no pague oportunamente las cotizaciones para salud, deberá, a lo menos, declararlas

en el organismo correspondiente, dentro del plazo señalado en el inciso primero de este artículo.

La declaración de cotizaciones deberá contener a lo menos, el nombre, rol único tributario domicilio, actividad económica, número de cargas familiares de los afiliados independientes y el monto de los ingresos por los cuales realiza la cotización.

Si el trabajador independiente no efectúa oportunamente la declaración a que se refiere el inciso anterior, o si ésta es incompleta o errónea, será sancionado con una multa a beneficio fiscal de media Unidad de Fomento por cada declaración incompleta o errónea. Si la declaración fuere incompleta o errónea y no existen antecedentes que permitan presumir que es maliciosa, quedará exento de esa multa el afiliado independiente que pague las cotizaciones dentro del mes calendario siguiente a aquél en que se devengaron o debieron devengarse los ingresos respectivos.

Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el afiliado independiente, se reajustarán entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Para cada día de atraso la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 18.010, aumentado en un veinte por ciento.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a seguir las acciones tendientes al cobro de las cotizaciones adeudadas, sus reajustes, intereses, y multas en el caso del Fondo Nacional de Salud; aun cuando el trabajador se hubiere desafiliado del Régimen. En todo caso, el Fondo Nacional de Salud podrá requerir toda la información de que disponga la Tesorería General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, respecto del trabajador independiente en cuanto a sus ingresos correspondientes al año declarado en que se registre las cotizaciones presuntamente adeudadas.

Serán aplicables todas las normas contenidas en los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° inciso tercero, 11° y 12° de la ley N° 17.322 para el cobro de las cotizaciones, reajustes e intereses adeudados al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsional, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 31, inciso 5° de la Ley N° 18.933, respecto de las Instituciones de Salud Previsional.

Los reajustes e intereses a aplicar a las cotizaciones adeudadas serán de beneficio del Fondo Nacional de Salud, o de la Institución de Salud Previsional, que esté realizando la cobranza.

En todo caso, el pago de la deuda por concepto de cotización de salud se efectuará imputando a los meses más antiguos, prefiriendo el capital para todo el periodo adeudado y pagado éste, el saldo se aplicará a reajustes, intereses y multas. Si el saldo no resultare suficiente para cubrir la totalidad de los gravámenes de un mes determinado, se abonará proporcionalmente a lo que se adeudare por cada uno de estos conceptos en dicho mes.

La prescripción que extingue las acciones para el cobro de estas cotizaciones, reajustes, intereses y multas, será de cinco años desde que se hizo exigible la obligación.

Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N° 5 del artículo 2.472 del Código Civil, conservando este privilegio por sobre los derechos de prenda y otras garantías establecidas en leyes especiales.”.

**- Fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión, por regular materias constitucionalmente reservadas a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

-----

Número 2

El numeral 2 reemplaza el encabezado del artículo 8° de la ley N° 18.469, que señala que los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen las prestaciones que posteriormente indica, por otro que precisa que los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Enseguida el artículo 8°, en tres literales, especifica que se trata de las prestaciones médicas, preventivas y curativas, y de las odontológicas.

La **indicación N° 77**, del Presidente de la República, propone reemplazar este numeral por otro, que reemplaza el encabezado del artículo 8° y su letra a), y dispone que los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido

a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

El inciso segundo agrega que el citado examen incluye una gama de procedimientos a ser aplicados en individuos libres de síntomas propios de la enfermedad o condición de interés. Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales exista evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. Finalmente, entrega al Ministerio de Salud la determinación, entre otros, de los procedimientos, contenidos y frecuencia del examen, cuyos resultados serán manejados como dato sensible, y agrega que las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

Cabe recordar que el artículo 8º señala que los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente y agrega que dicho Régimen de Garantías deberá contener, al menos, las prestaciones que indica este precepto.

El literal a) señala las siguientes: el examen de medicina preventiva para pesquisar oportunamente la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevenga una evolución irreversible.

Los miembros de la Comisión coincidieron en que, si bien los exámenes preventivos son necesarios, pueden surgir problemas de la aplicación de esta norma, derivados de la eventual inclusión futura de exámenes muy costosos, que encarezcan el sistema de salud.

El señor Ministro de Salud recordó que la prevención se paga sola, toda vez que permite detectar problemas médicos en forma oportuna y agregó que debe tratarse de exámenes razonables y útiles, que el sistema esté en condiciones de enfrentar. Además, descartó los temores surgidos, señalando que ningún gobierno adoptará medidas que pongan en peligro o hagan colapsar el sistema.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que, dado que el sistema público funciona formando listas de espera, lo que no acontece en el sistema privado, cualquier obligación que la ley imponga en este sentido es, a la larga, sólo exigible respecto de este último. Por esta razón, la señora Senadora sugirió fijar plazos y porcentajes de cumplimiento para ambos sistemas por igual. Concluyó coincidiendo en que la prevención redundará en menores costos finales y solicitó que se garantice expresamente que no se establecerán exámenes preventivos irrazonables.

La Comisión, con el fin de precisar y simplificar la norma, acordó eliminar la frase inicial del inciso segundo del literal a), que señala: “Este examen incluye una gama de procedimientos a ser aplicados en individuos libres de síntomas propios de la enfermedad o condición de interés.”.

Asimismo, y recogiendo la inquietud formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, convino en agregar que el Ministerio de Salud, además de definir los procedimientos, contenidos y frecuencia del examen, definirá los plazos para la práctica del mismo y fijará condiciones equivalentes para ambos sistemas de salud.

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

La **indicación N° 78**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el encabezado del artículo 8°, a continuación de las palabras “establezca el”, la frase “Reglamento de esta ley y, en el caso de prestaciones con garantías explícitas, en el”.

**- Fue retirada por sus autores.**

### Número 3

El numeral 3 efectúa dos modificaciones al artículo 11, especificadas en los literales a) y b).

El literal a) afecta al inciso primero, que establece que las prestaciones del Régimen se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependan del Ministerio, conforme con lo dispuesto por el decreto ley N° 2.763, de 1979, reemplazándolo por otro, que sustituye la referencia al “Régimen” por otra al “Régimen de Garantías en Salud”, y puntualiza que las prestaciones se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.

El literal b) suprime los incisos tercero y cuarto, que entrega al Ministerio de Salud la determinación de las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones y el procedimiento de reclamo, y consagra, como regla general, la libre elección del establecimiento asistencial y del profesional de la salud.

En la letra a) del numeral 3 incide la **indicación N° 79**, del Presidente de la República, que propone agregar, en el inciso

primero, a continuación de la expresión “Servicio de Salud”, la frase “y los Establecimientos de Salud de carácter experimental”.

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

-----

La **indicación N° 80**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

“...- Reemplácese, en el artículo 17 bis, la expresión “trabajadores afiliados independientes” por “cotizantes no obligados”.”

La **indicación N° 81**, de los mismos señores Senadores, es para agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

“... .- Modifícase el artículo 18 del modo que sigue:

a) Intercálase, en su inciso primero, a continuación de la coma que sucede a la palabra “independientes”, la siguiente oración: “que estén afectos a un Régimen Previsional, y”.

b) Reemplázase, en el inciso segundo, la expresión “trabajadores independientes” por “cotizantes no obligados”, y “letra b)” por “letra e)”.”.

La **indicación N° 82**, de los mismos señores Senadores, propone agregar, a continuación del numeral 3, el siguiente, nuevo:

“... .- Modifícase, el artículo 21° del modo siguiente:

a) Reemplácese, en el inciso segundo, la palabra “trabajadores” por “afiliados”, y la frase “al promedio de la renta mensual imponible” por “al promedio del ingreso declarado anualmente,”, y

b) Sustitúyase, en el inciso tercero, las palabras “trabajadores” por “afiliados”, y “afiliados” por “adscritos”.”

**- Las indicaciones N°s 80, 81 y 82 fueron declaradas inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por versar sobre materias cuya iniciativa ha sido reservada al Presidente de la República por la Constitución Política.**

-----

#### Número 4

El numeral 4 incorpora cuatro incisos nuevos al artículo 27, que actualmente sólo tiene uno, que establece que el financiamiento del Régimen se efectuará con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten, sin perjuicio de los recursos asignados por ley.

El primero de los incisos propuestos faculta a la Tesorería General de la República para retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones, en cuanto no exista litigio pendiente en que se debata la existencia de la deuda, su monto o exigibilidad.

El segundo inciso agrega que, con este fin, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería, antes del 31 de marzo de cada año, la nómina de deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

El tercero señala que la Tesorería girará los recursos retenidos a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los transferirá al organismo correspondiente, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

El cuarto concluye expresando que, si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente respecto del saldo insoluto.

La **indicación N° 83**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo de aquellos que se propone agregar al artículo 27, la expresión “el cotizante” por la palabra “aquel”.

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

La **indicación N° 84**, del Presidente de la República, propone agregar en el artículo 27 el siguiente inciso final, nuevo:

“Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero, se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se

realice y devengará los intereses penales que establece el inciso 4° del artículo 31°.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó dudas respecto de permitir el cobro de intereses penales en este caso, porque le parece excesivo gravar aún más a personas que ni siquiera han podido solucionar la obligación principal.

El representante del Ejecutivo hizo presente que el Fondo Nacional de Salud está dotado de facultades para condonar deudas y que los préstamos que realiza el Fondo originan intereses, cuyo monto es determinado por el Ministerio de Salud mediante decreto.

La Comisión estimó que el incumplimiento debe dar origen al pago de intereses y acordó que éstos sean iguales a los que señale el decreto ministerial antes citado.

No obstante, ella resolvió homologar el plazo a considerar para el cálculo del reajuste de estas obligaciones, con aquél de noventa días establecido al votar la Indicación N° 72, que modificó el artículo 31 (que pasó a ser 32).

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

#### Número 5

El numeral 5 incide en el artículo 30, que regula el aporte estatal al financiamiento de las prestaciones médicas, y dispone que no podrá ser inferior al 75% del arancel FONASA, respecto de los grupos A y B, ni al 50%, respecto del grupo D. El inciso final del artículo 30 faculta al Director del Servicio de Salud para condonar total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, las diferencias de cargo del afiliado, en concordancia con los criterios establecidos mediante resolución del Director del Fondo Nacional de Salud. Este inciso se modifica en el sentido de sustituir la referencia al Servicio de Salud por otra al Fondo Nacional de Salud, de eliminar la alusión a los criterios previamente definidos por el Director del Fondo y de facultar al Director del FONASA para delegar esta función en los Directores de los Servicios de Salud y en los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.

La **indicación N° 85**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone el reemplazo del literal 5 por otro, que efectúa tres modificaciones al artículo 30, a saber:

i. Intercala, entre los incisos 2° y 3°, un nuevo inciso tercero, del siguiente tenor:

“Con todo, el Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá con el 100% del financiamiento para todas las prestaciones respecto de los beneficiarios de esta ley que tengan 65 o más años de edad, independientemente del grupo de ingreso al que pertenecen. Asimismo, los beneficiarios de esta ley pertenecientes a los grupos A y B referidos en el artículo precedente, no estarán afectos a copago alguno, respecto de las prestaciones que se les otorguen en la atención primaria de salud.”.

ii. reemplaza, en el inciso final, la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.

iii. sustituye, en el inciso final, la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.”.

La Comisión analizó separadamente cada una de las tres modificaciones propuestas por la indicación.

En relación con la primera, el Presidente de la Comisión procedió a declarar su inadmisibilidad, debido a que, en esta parte, la indicación incide en la administración financiera del Estado, ámbito reservado por la Constitución, en forma privativa, al Presidente de la República.

A solicitud del señor Ministro de Salud se deja **constancia** de que es la voluntad del Ejecutivo mantener los beneficios de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Agregó que, sin perjuicio de ello, no desea comprometer gastos a futuro, debido a que la prudencia aconseja mantener la mayor flexibilidad posible, que permita ajustar el sistema a cambios demográficos, epidemiológicos y otros de diversa índole que habitualmente afectan al sector.

Considerando la resolución anterior y el hecho de que el resto de la indicación es igual al texto aprobado en general, los autores de la indicación optaron por retirarlo.

**- El párrafo i. fue declarado inadmisibile y el resto de la indicación fue retirado por sus autores.**

#### Número 6

El numeral 6 agrega a la ley N° 18.469 un artículo 30 bis, nuevo, que dispone que, tratándose de prestaciones que gocen de

Garantías Explícitas, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que para ellas establezca el Régimen de Garantías en Salud.

La **indicación N° 86**, formulada por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión. Cabe hacer notar que la indicación siguiente, del Ejecutivo, sustituye este numeral por una norma enteramente diferente, por lo que surte el mismo efecto de eliminar la incorporación del artículo nuevo.

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

La **indicación N° 87**, del Presidente de la República, propone el reemplazo del numeral 6 por otro, que efectúa las siguientes modificaciones al artículo 33:

i.- En el inciso sexto, reemplaza las palabras “afiliado” y “afiliados” por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público” por “organismo de la administración del Estado”.

ii.- En el inciso séptimo, sustituye la palabra “afiliado” por “beneficiario”.

El señor Ministro de Salud explicó que el inciso sexto del artículo 33 dispone que corresponderá al Fondo Nacional de Salud la determinación del ingreso mensual de los afiliados, para lo cual podrá exigirles una declaración jurada y requerir de los empleadores, entidades de previsión y de cualquier servicio público, las informaciones necesarias para este fin.

Agregó que las modificaciones propuestas obedecen a que el término “beneficiarios” incluye a los indigentes, lo que no ocurre con el concepto “afiliados” y, además, a que es preferible aludir a “organismo de la Administración del Estado” y no a “servicio público” debido a que el primer concepto es más comprehensivo, toda vez que el segundo se refiere únicamente a las entidades que integran la administración centralizada del Estado.

**- La indicación N° 87 fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Artículo 34

Número 4

El artículo 34 introduce modificaciones a la 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, del Ministerio de Salud, de 1981.

Consta de cuatro numerales y, respecto del último de ellos, se formula la **indicación N° 88**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, que propone la eliminación del artículo 42 E que el numeral 4 incorpora a la referida ley N° 18.933.

Cabe recordar que el N° 4 intercala, a continuación del artículo 42 de la ley N° 18.933, un Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°. Dicho párrafo nuevo se denomina "De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud" y contempla cinco artículos: del 42 A al 42 E.

El artículo 42 E, que la indicación propone eliminar, dispone que, sin perjuicio de la facultad de desahuciar el contrato de salud luego de transcurrido un año de vigencia, que otorga el artículo 38 de la ley N° 18.933, el afiliado podrá también desahuciarlo dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. La norma agrega que, si nada se manifiesta en el referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el citado artículo 38.

La Honorable Senadora señora Matthei explicó que, mediante esta indicación supresiva, se trata de evitar que la estabilidad del plan sea alterada dos veces al año.

El Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, doctor Manuel Inostroza, explicó que la ley que regula estas entidades fija un plazo de un año, dentro del cual el afiliado no puede cambiarse de asegurador; el artículo que se propone eliminar permite desahuciar el contrato excepcionalmente, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigor de las Garantías Explícitas. Concluyó señalando que esta norma protege al afiliado y es consecuencia del precio libre del AUGE.

**- Los autores de la indicación, considerando la explicación dada, la retiraron.**

#### Artículo 37

Su inciso primero consagra la responsabilidad de los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que irroguen a particulares por falta de servicio.

El inciso segundo determina que se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, lo haga mal o tardíamente.

El inciso tercero impone al particular el deber de probar que el daño es resultante de la acción u omisión del órgano, actuando éste en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

El inciso final consagra el derecho de la Administración a repetir en contra del funcionario por cuya falta personal se ha condenado en juicio a los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria.

En este artículo recaen las indicaciones N<sup>os</sup> 89 al 91.

La **indicación N° 89**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 37.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.”.

La **indicación N° 90**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

“El particular deberá acreditar que el daño se produjo como consecuencia de la falta de servicio del órgano.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo ver que las disposiciones propuestas dejan meridianamente en claro que, para que nazca la obligación de indemnizar perjuicios, basta acreditar la relación de causa a efecto entre la falta de servicio y el daño sufrido.

**- Ambas indicaciones fueron aprobadas refundidas, la N° 89 sin enmiendas y la N° 90 con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

Finalmente, la **indicación N° 91**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar el inciso cuarto por el siguiente:

“Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa grave o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos o medios proporcionados por el servicio o que su función ha permitido, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.”.

**- Fue retirada por sus autores.**

-----

La **indicación N° 92**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del artículo 37, el siguiente artículo, nuevo:

“Artículo 38.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.”.

El señor Ministro de Salud explicó que esta proposición innova respecto de las reglas generales relativas a investigación sumaria y sumario administrativo, en cuanto fija un plazo de diez días dentro del cual deberá instruirse la investigación correspondiente.

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

-----

#### Artículo 38

Consagra un plazo de cuatro años para la prescripción de la acción destinada a perseguir la responsabilidad extracontractual de los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria, término que se contará desde la acción u omisión.

La **indicación N° 93**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone su reemplazo por otro, del siguiente tenor:

“Artículo 38.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.”.

**- Fue retirada por su autor.**

#### Artículo 39

Dispone que el monto de la indemnización del daño moral deberá ser determinado por el tribunal, teniendo en cuenta la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado, como consecuencia del daño producido y atendiendo a su edad y condiciones físicas.

El inciso segundo califica como no indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias imprevistos o inevitables, conforme al estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse tales hechos.

La **indicación N° 94**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone sustituirlo por otro, que innova sólo en cuanto especifica el momento, el lugar y las condiciones en que acontecieron los hechos que originaron el daño, entre las consideraciones que deberán tenerse en cuenta para determinar si se trata de daños no indemnizables.

La Comisión rechazó la proposición en comentario, por estimar que la misma introduce elementos subjetivos que hacen difícil la aplicación de la norma.

**- Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 95**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone incorporar la siguiente frase final al inciso segundo: “Tampoco serán indemnizables los daños en aquellos casos en que se haya dado cumplimiento a los respectivos protocolos médicos.”.

El Honorable Senador señor Espina hizo presente que esta idea se encuentra comprendida en el artículo 37 ya aprobado, debido a que los protocolos están incluidos entre las disposiciones reglamentarias que rigen la actividad médica.

**- Fue retirada por sus autores.**

#### Artículo 40

Responsabiliza al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional por la falta de servicio o por el incumplimiento negligente de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, que sea consecuencia directa de su actuar.

El inciso segundo precisa que, si el incumplimiento deriva de la acción u omisión de los prestadores, la responsabilidad corresponderá a los mismos.

En este artículo inciden las indicaciones N<sup>os</sup> 96 y 97.

La **indicación N° 96**, del Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 40.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar, sin perjuicio de su derecho a repetir en contra de los prestadores de salud correspondiente en caso que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.”.

El Honorable Senador señor Boeninger manifestó que la redacción propuesta es más clara, porque refleja adecuadamente el principio de que en derecho público sólo se puede hacer aquello que la ley expresamente autoriza y, en derecho privado, todo aquello que no esté prohibido. La frase “según corresponda”, contenida en la formulación original, induce a confusión.

La Comisión estuvo de acuerdo en acoger la indicación, eliminando la oración final referida al derecho a repetir, pues en esos casos rigen las reglas generales y especiales ya consagradas que reconocen tal facultad.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que es necesario conservar el segundo inciso del artículo 40 aprobado en general, que acota la responsabilidad de los prestadores individuales que incumplan las Garantías Explícitas en Salud. La Comisión refrendó lo anterior.

**- Se aprobó, con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 97**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene como objetivo la sustitución del presente artículo por el siguiente:

“Artículo 40.- Responderán del incumplimiento de la obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, las entidades que, según el artículo 4º, han debido otorgar dichas garantías, siempre que haya habido falta de servicio o incumplimiento negligente, según corresponda.”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con modificaciones, subsumida en la anterior, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 98**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso, nuevo:

“El cumplimiento de la normativa del sector salud que les sea aplicable, exonera de responsabilidad por falta de servicio o incumplimiento negligente al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional.”.

La Comisión advirtió que esta disposición puede abrir una brecha en el sistema que diseña el proyecto, por lo que rechazó la indicación.

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

-----

La **indicación N° 99**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone intercalar, en el inciso final, a continuación del término “omisión”, la palabra “dolosa”.

La Comisión acordó el rechazo de esta indicación y fundó su decisión en el hecho de que la mayor parte de las omisiones que darán lugar a responsabilidad serán culposas, es decir causadas por negligencia, y no dolosas o causadas con la intención de infligir daño.

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

-----

La **indicación N° 100**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente Párrafo II, nuevo:

“Párrafo II  
De la Mediación

Artículo 41.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales para obtener la reparación de los daños ocasionados por los Servicios de Salud, Establecimientos de Autogestión en Red y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, para estos efectos, los “prestadores institucionales públicos”, en el ejercicio de sus funciones legales de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

La mediación es un procedimiento no adversarial, y tiene por objeto propender a que mediante una comunicación directa entre las partes, a través de un mediador, lleguen éstas a una solución extrajudicial de su controversia.

Actuará como mediador un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente.

Artículo 42.- El interesado, su representante legal o los herederos en su caso, deberán presentar su reclamo ante la Secretaría Regional Ministerial que corresponda, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan la identificación de el o los interesados y de su representante legal en caso que según las reglas generales deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador institucional público reclamado y la individualización de los prestadores individuales involucrados, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En caso que el mediador advierta que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se les deberá citar. Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 43.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes este plazo podrá ser prorrogado hasta por un máximo total de ciento veinte días.

En caso que dentro del plazo original o prorrogado, no hubiere acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, se deberá dejar debida constancia de ello por el mediador, el que actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiere lugar.

Artículo 44.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasare por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se les citará nuevamente; si fracasare esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si dentro de tercero día no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 45.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, su duración y etapas y el carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, dándose por terminada mediante un acta que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En caso que alguna se niegue, se dejará constancia de ello y las razones que justificaren dicha actitud.

Artículo 46.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal y no podrá hacerse por apoderado, salvo en caso de los prestadores institucionales públicos, los cuales comparecerán a través de su representante legal o un apoderado debidamente autorizado. Excepcionalmente, por razones fundadas y con autorización del mediador, podrá designarse un apoderado, facultado expresamente para transigir. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 47.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo deberá mantener

una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo en caso de ser necesario. Para ello podrá efectuar las visitas que estime procedentes al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia objeto de la mediación, de costo de las partes.

Artículo 48.- El mediador, para los efectos de garantizar su imparcialidad, deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa. Las partes podrán solicitar la inhabilitación del mediador ante el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercero día hábil. Si alguna de las partes no se conformare con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta con indicación de la razón de ello.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considerare que existen hechos que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio. El asunto deberá ser traspasado a otro mediador según lo establezca el Reglamento, o, en caso de no considerar de tal gravedad la casual, exponer la situación a las partes y si éstas nada dicen, proseguirá el procedimiento ante él; en caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 49.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas, en virtud de ello serán aplicables las normas establecidas en el artículo 13 de la ley 18.575 y sus normas complementarias.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que haya conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso que a través de informes o intervenciones hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

Si de la violación de dicha reserva se derivare perjuicio para cualquiera de los participantes u otras personas relacionadas, el infractor será sancionado con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Artículo 50.- Las citaciones que este párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley Nº 19.880.

Artículo 51.- En caso de llegar a un acuerdo, se deberá levantar un acta, la que deberá ser firmada por las partes y el mediador. En ella se deberá describir los términos del acuerdo, las obligaciones que asumen cada una de las partes y la expresa renuncia de la parte reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta tendrá los efectos de un contrato de transacción.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Los montos que acuerde pagar como resultado de la mediación, obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado, los que no podrán ser suplementados con aporte fiscal para este efecto.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este párrafo, se podrán pagar por los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos, deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 52.- Mediante un reglamento del Ministerio de Salud y de Hacienda, se establecerán las demás normas que permitan el funcionamiento de este sistema, la forma de designación de los mediadores y los requisitos que deberán cumplir, los procedimientos, el acceso del público a este sistema y demás asuntos relativos a la implementación y funcionamiento del mecanismo de mediación establecido en este título.”.

-----

Con ocasión del análisis de la presente indicación, la **abogada del Consejo de Defensa del Estado, señora María Teresa Muñoz Ortúzar**, expuso sobre la institución de la mediación y acerca de la posibilidad de aplicarla en el ámbito del proyecto en informe.

Sobre el particular, la señora Muñoz señaló que la mediación es una institución que ha sido analizada en su desarrollo en el derecho comparado, pues en Chile su recepción legislativa es aún incipiente, habiendo sido recientemente incorporada a la legislación que regula los conflictos de familia.

La mediación es percibida como una herramienta útil para la solución de conflictos derivados de relaciones permanentes entre las partes, tales como los problemas de familia, de vecindad y ciertos casos de conflictos laborales. Se trata, entonces, de contiendas que usualmente exceden el ámbito de lo pecuniario y en las cuales el mediador debe establecer cuál es el conflicto e instar a que sean las partes las que alcancen la solución.

Continuó señalando que la mediación, en derecho comparado, no ha sido utilizada para solucionar conflictos del tipo que hoy día nos ocupa, para los cuales se recurre a instancias administrativas, especialmente tratándose de conflictos de escasa cuantía.

La abogada señora Muñoz manifestó que, para este tipo de conflictos, la mediación no constituye la herramienta más adecuada, toda vez que el usuario de un servicio de salud que ha sufrido un perjuicio requiere una solución de carácter pecuniario, para lo cual se presta mejor el arbitraje.

Respecto de este último, agregó que tampoco se adecua completamente, ya que un sistema de arbitraje alcanza mayor éxito en los ámbitos patrimonial y comercial, en los cuales el poder de las partes no difiere sustancialmente. Además, concluyó, debe considerarse que el arbitraje constituye una labor remunerada por las partes.

Señaló que, por los motivos señalados, tampoco el arbitraje sería la mejor solución, ya que en la especie no existe una situación de igualdad entre las partes en conflicto, que son un particular y el Estado de Chile; además, el particular que usa los servicios públicos puede generalmente caracterizarse como una persona de escasos recursos, cuya desigualdad con el Estado es evidente, a lo que se suma el obstáculo que representa remunerar a estos árbitros.

Como elemento adicional de análisis, la señora Muñoz agregó que estos no son asuntos de exclusivo interés particular, sino que envuelven un interés público que precisa de soluciones generales, que permitan constituir una jurisprudencia uniforme y conformar políticas públicas a partir de la forma en que se resuelven los conflictos; la uniformidad no se alcanza en un sistema de solución privada de controversias, que provee desenlaces diversos para problemas similares.

Sostuvo que la necesidad de solucionar estos conflictos en forma permanente y uniforme requiere, necesariamente, de la participación de un órgano de carácter estatal o público que a las usuales responsabilidades civil y penal agrega la responsabilidad administrativa y, eventualmente, la política de los funcionarios públicos. Agregó que para responder la crítica de que el Estado es lento y burocrático bastaría con

establecer un buen procedimiento, que permitiera solucionar disputas de manera rápida y expedita.

Hizo presente que el Consejo de Defensa del Estado estima que el ideal sería establecer un sistema de agotamiento previo de la vía administrativa, antes de recurrir a la justicia ordinaria; no obstante, el Consejo considera que dicho sistema debería implementarse en forma general y no solamente para resolver los conflictos que enfrenta el usuario de los servicios públicos de salud.

Destacó que actualmente se encuentra en trámite legislativo un proyecto de ley que faculta al Consejo de Defensa del Estado para actuar no sólo en el ámbito judicial, sino que también en el extrajudicial y que le confiere facultades para actuar ante jueces árbitros y mediadores.

Concluyó su intervención reiterando que la mediación, si bien constituye una herramienta valiosa y de ingente aplicación en países jurídicamente más desarrollados, no es la solución más adecuada para todos los conflictos.

-----

Al analizar la indicación N° 100, la Comisión valoró la incorporación de una instancia de mediación, por considerar que ésta constituye una herramienta novedosa y efectiva para alcanzar acuerdos en los conflictos de los afiliados y beneficiarios con los prestadores de salud.

En especial, se tuvo en consideración los siguientes elementos:

- el hecho de que el proyecto de ley en informe otorga derechos –consagrados como Garantías Explícitas en Salud, definidas en el artículo 4º–, que pueden ser exigidos a los prestadores y a los aseguradores y cuyo incumplimiento da lugar a indemnización de perjuicios;

- el temor de que el AUGE incremente exponencialmente los litigios y se produzca un aumento de la judicialización de los conflictos en el ámbito de la salud;

- la inquietud por el hecho de que el problema anterior pueda exacerbarse por la acción de abogados que transformen estos conflictos en una industria generadora de ingresos, y

- que la mediación ha sido recientemente incorporada a la legislación nacional en el proyecto de ley sobre Tribunales de Familia.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión efectuó diversas consideraciones críticas, siendo la más importante de ellas que el mediador, conforme a la indicación, sea un funcionario público. Sobre este punto, la Comisión coincidió en que semejante mediador no tendrá la independencia necesaria para promover acuerdos entre las partes en conflicto, ya que generalmente estará vinculado a una de ellas en calidad de dependiente.

Como forma de soslayar este inconveniente, la Comisión propuso que el mediador sea nombrado de entre un grupo de profesionales altamente calificados, que integren una lista de mediadores, y que sean nombrados por el Ministro de Salud.

Alternativamente, se planteó que el mediador sea designado por el Consejo de Defensa del Estado, de entre uno de sus miembros o designando a un tercero, funcionario o no, que dé garantías de independencia.

A este respecto, se estimó que el Consejo de Defensa del Estado es un organismo idóneo para este efecto, ya que, si bien es de carácter público, es independiente del Gobierno de turno.

Como filtro para evitar acuerdos lesivos para el interés fiscal, la Comisión consideró que, en algunos casos, podría requerirse el visado del Ministerio de Hacienda para aprobar el resultado de la mediación.

El señor Ministro de Salud señaló sobre el particular que los conflictos en el sector salud no se agotan en el ámbito pecuniario y alcanzan, a menudo, aspectos más personales, como el trato y la empatía hacia el usuario. Agregó que, efectuado el alcance anterior, debía concordar con que la mediación no es apta para resolver todo tipo de disputas.

Continuó expresando que, tras analizar algunas experiencias comparadas que recurren a la mediación con buenos resultados, se evaluó la conveniencia de proponer su introducción como forma de resolver algunos conflictos y de evitar la judicialización excesiva de las relaciones en el ámbito de la salud. Añadió que, con el fin de resguardar el sistema adecuadamente, se propuso que la mediación fuera realizada por un funcionario público, de la Secretaría Regional Ministerial de Salud u otro en comisión de servicio; no le asiste el temor de que una supuesta falta de objetividad e independencia del mediador funcionario pueda hacer ineficaz la propuesta y recordó que la referida Secretaría ya cuenta con atribuciones para resolver conflictos, otorgadas por la ley de Autoridad Sanitaria.

En relación con la falta de uniformidad en la jurisprudencia, a que aludió la abogada señora Muñoz al referirse al arbitraje,

agregó que, si bien la gran mayoría de los conflictos son casuísticos y puntuales, es posible reconocer en ellos elementos comunes que permiten analizar categorías de casos y obtener antecedentes generales para el diseño de políticas públicas en salud.

Finalmente, anotó que la mediación contribuiría a enfrentar no todos, pero sí un número significativo de conflictos que se generan a partir de la falta de confianza en la relación médico paciente, considerada en términos amplios. Por esta razón, se propone dar un paso adelante, consagrando la mediación en el proyecto, en los términos propuestos en la indicación del Ejecutivo.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo concordó con lo señalado por el señor Ministro, en cuanto a que los conflictos de salud, si bien tienen una dimensión pecuniaria, tienen también una dimensión humana muy fuerte, entre una persona que llega en una situación muy precaria y que en general se entrega al médico, iniciando una relación delicada y compleja, basada en la confianza, en la cual se pueden generar conflictos susceptibles de ser subsanados por la vía de la mediación.

Agregó que, en conjunto con el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y recogiendo una sugerencia del abogado y Consejero del Consejo de Defensa del Estado, profesor Pedro Pierry, formuló la indicación N° 101, que propone el agotamiento previo de la vía administrativa, resguardando los intereses fiscales al requerir la autorización del Ministerio de Hacienda para que el Director del Servicio pueda aceptar la demanda. Sin embargo, el Ejecutivo, por razones atendibles, propone algo distinto.

En cuanto a la objeción formulada por la abogada señora Muñoz respecto de la obtención de fallos diversos en conflictos semejantes, manifestó que ello dependerá del servicio público pues, en la propuesta del Gobierno, siempre es posible optar por retirarse de la mediación, lo que impediría que se produzca un caos de soluciones distintas.

Enseguida, explicó por qué esta Comisión intenta generar instancias de solución de controversias, señalando que este proyecto concede más derechos a la gente que pueden originar juicios infinitos, fundados en ponderaciones subjetivas que es posible precaver en una etapa de mediación. En definitiva, sentenció que se teme que el AUGE aumente la judicialización de la salud, problema que puede verse exacerbado por abogados que intenten hacer fortuna demandando al Estado de Chile y a los servicios públicos de salud.

A continuación, se refirió a la principal objeción que la Comisión hace a la propuesta del Gobierno, que es que el mediador sea un funcionario público, que puede no tener la suficiente independencia para promover adecuadamente el entendimiento de las

partes en conflicto. Este punto se agudiza con el argumento, esgrimido en sentido inverso por la abogada señora Muñoz, de que el funcionario tiene responsabilidad administrativa y política, pues con mayor razón se verá inhibido de contrariar la posición del Servicio, dejando al usuario reclamante en una situación desmedrada respecto del Estado.

Concluyó su intervención abocándose a la contra propuesta efectuada por la Comisión, que consiste en confeccionar una lista de mediadores muy calificados, nombrados por el Ministro de Salud. Si lo anterior se desecha, se puede recurrir a una solución intermedia, que consiste en que el mediador sea designado por el Consejo de Defensa del Estado de entre uno de sus miembros, o nombrando a una tercera persona que dé garantías suficientes. Preciso que el Consejo, a su vez, da plena seguridad como organismo independiente. Además, estos juicios serán defendidos por el Consejo de Defensa del Estado, por lo que éste tendría la posibilidad de ponderar si le conviene recurrir a la mediación o ir a juicio. Finalmente, señaló que, si se desea reforzar el resguardo de los recursos fiscales, se puede exigir el visado del Ministerio de Hacienda sobre el resultado de la mediación.

La Honorable Senadora señora Matthei coincidió con lo planteado anteriormente y reiteró que la idea de incorporar en este proyecto una solución alternativa de controversias de índole no judicial y previa, surge de dos constataciones.

La primera, es que efectivamente se están entregando Garantías Explícitas, constitutivas de derechos subjetivos y de cuyo incumplimiento puede reclamarse judicialmente. Añadió que no se desea que los recursos destinados a salud se gasten en procesos judiciales e indemnizaciones por incumplimiento de las Garantías. Y la segunda, es que se está iniciando un lucrativo negocio para algunos abogados, una creciente judicialización de conflictos, incluso artificiales, generando un fenómeno que se agrava por el hecho de que los tribunales tienen conocimientos jurídicos pero, obviamente, carecen de conocimientos médicos o científicos, lo que puede inducir a cometer errores en los fallos.

Concluyó señalando que, por las razones expuestas, los legisladores tienen temores fundados, que los han movido a buscar instancias previas, de mediación, o administrativas u otras, que permitan evitar litigios judiciales excesivos y que encarezcan y dificulten el acceso a la salud.

El Honorable Senador señor Boeninger reflexionó en torno a la exposición de la abogada señora Muñoz y señaló que el riesgo de llevar a la justicia, en cantidad creciente, distintos tipos de problemas para ser resueltos por tribunales cuya competencia en el área específica es comúnmente escasa, complica una gobernabilidad sensata. Frente a esto,

agregó que la institución de la mediación y otras instancias de solución extrajudicial de conflictos deberían ser promovidas con mayor intensidad.

Finalmente, se refirió a la indicación del Ejecutivo, señalando que la reserva que ella suscita se basa en que la designación de un funcionario del sector salud como mediador resta confianza en la mediación y la debilita como forma alternativa de resolver controversias. Manifestó su preferencia por la contra propuesta de la Comisión, que hace recaer en el Consejo de Defensa del Estado la designación del mediador.

El Honorable Senador señor Espina llamó a restar dramatismo a la discusión de este tema, ya que lo usual será que las acciones para obtener una indemnización de perjuicios se ejerzan tanto en sede penal como en la civil. Hizo presente que el nuevo proceso penal entrega al Fiscal el monopolio del ejercicio de la acción criminal ante los tribunales, con la sola excepción de la víctima. Lo anterior significa que, junto con ponerse fin a juicios con infinidad de querellantes que recurrían en interés de la sociedad, se realizarán diligencias judiciales conducentes ordenadas por un profesional calificado a cargo de la investigación.

Con respecto al sistema de mediación propuesto por la indicación del Ejecutivo, indicó que el hecho de que la mediación sea encomendada a un funcionario público implica una solución falsa, que no servirá para el propósito que se tiene en vista, pues aquél no tendrá la independencia necesaria ni dará confianza a los usuarios. Finalizó manifestando su preferencia por la solución intermedia, de encomendar al Consejo de Defensa del Estado la elaboración de un listado de mediadores altamente calificados.

Considerando los planteamientos previamente consignados, la Comisión entró al análisis de los artículos propuestos por la indicación N° 100, antes transcrita, el que se consigna a continuación, junto con los acuerdos adoptados a su respecto.

Artículo 41  
(que pasa a ser artículo 43)

La Comisión acordó eliminar, en el inciso primero, la referencia a los Servicios de Salud, Establecimientos de Autogestión en Red y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, reemplazándola por otra, de carácter general, que alude a los prestadores institucionales públicos que forman parte de las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Enseguida, el Honorable Senador señor Espina propuso incorporar, en el mismo inciso, una referencia a los funcionarios que trabajan para los prestadores institucionales públicos, incluidos los médicos,

ya que lo habitual será que se demande tanto al Estado –que evidentemente cuenta con mayores recursos- como al médico, y lo lógico es que ambas situaciones estén reguladas por la misma norma.

Frente a una consulta de la Honorable Senadora señora Matthei, respecto de quien debe ser sancionado cuando un funcionario público comete un acto ilícito en el ejercicio de sus funciones, el Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que el artículo 38, recientemente aprobado, precisa que la responsabilidad recae en los órganos del Estado, sin perjuicio de su derecho a repetir en contra de los funcionarios personalmente responsables.

El Honorable Senador señor Espina reiteró que el querellante elegirá a quien demandar, pudiendo dirigirse en contra del órgano del Estado, contra el médico o contra ambos, y destacó la conveniencia de que el mecanismo de mediación también proteja al médico.

La Comisión, recogiendo el planteamiento efectuado por el Honorable Senador señor Espina, acordó incluir una referencia explícita a los funcionarios de los prestadores institucionales de salud, extendiendo la mediación previa a los casos en que se ejerzan acciones en contra de los funcionarios de los prestadores institucionales públicos, por daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones.

Finalmente, respecto del inciso primero y con el fin de superar los reparos surgidos a raíz de la designación como mediador de un funcionario de la respectiva Secretaría Regional Ministerial, se acordó que la mediación previa al ejercicio de las acciones se realizará ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a un funcionario suyo, a otro funcionario público en comisión de servicios o a un profesional que cumpla con los requisitos que el mismo proyecto señala.

A continuación, se acordó incorporar un inciso segundo, nuevo, que regula la situación de la mediación en aquellos conflictos en que intervengan prestadores privados.

Al efecto, se propuso facultar a las partes para recurrir ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, órgano que se relaciona tanto con el mundo público como con el privado. El costo del procedimiento será de cargo de las partes, las que deberán designar de común acuerdo al mediador. La mediación se entenderá fracasada cuando no se produzca dicho acuerdo.

La instancia previa de mediación es obligatoria en ambos sectores.

Por último, la Comisión acordó no introducir ninguna modificación en el inciso segundo original, consultándolo como

inciso tercero, y convino en eliminar el inciso final del artículo 41 propuesto por la indicación.

**- El artículo 41 fue aprobado con modificaciones, en los términos que se consignan en el texto final, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 42  
(que pasa a ser artículo 44)

La Comisión acordó reformular el presente artículo, efectuando las enmiendas necesarias para concordar su texto con las modificaciones introducidas al artículo 41, que consulta disposiciones separadas para la mediación en el sector público y en el privado.

Respecto de los prestadores institucionales públicos, se acordó que el reclamo se presentará ante el Consejo de Defensa del Estado, incluyendo los antecedentes y peticiones señalados por el inciso primero de la indicación.

Si el reclamo se dirige contra prestadores privados, en cambio, un nuevo inciso segundo dispone que el interesado deberá presentarlo a la Superintendencia de Salud.

Los incisos segundo y tercero del artículo 42 originalmente propuesto por la indicación se mantuvieron, como incisos tercero y cuarto, con enmiendas menores.

**- El artículo 42 fue aprobado, con las modificaciones indicadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículos 43 y 44  
(que pasan a ser artículos 45 y 46)

**- Los artículos 43 y 44 fueron aprobados con modificaciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 45  
(que pasa a ser artículo 47)

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso eliminar la frase final del segundo inciso, referida a las razones que

justificaron la negativa de alguna de las partes a firmar el acta en la cual se consigna el fracaso de la mediación. Así se acordó.

**- Fue aprobado, con la modificación señalada y otras de carácter formal, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 46  
(que pasa a ser artículo 48)

El Honorable Senador señor Espina hizo presente la conveniencia de que en la primera audiencia, al menos, el mediador se contacte personalmente con el interesado. Si la persona se encuentra imposibilitada de asistir a dicha audiencia por su estado de salud, este contacto personal podrá verificarse de todos modos, en virtud de las atribuciones que más adelante se confieren al mediador.

Agregó que limitar el derecho a designar un representante no se ajusta a la Constitución Política de la República, por lo que debe enmendarse la disposición en este aspecto.

La Comisión acogió esta sugerencia y acordó que la comparecencia a la primera audiencia debe ser personal, sin perjuicio de que se pueda designar a un apoderado o representante, facultado especialmente para transigir.

**- Fue aprobado con modificaciones, en los términos consignados en el texto final, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 47  
(que pasa a ser artículo 49)

El Honorable Senador señor Boeninger propuso que, en concordancia con la línea adoptada al modificar el artículo precedente, se agregue a la facultad para efectuar visitas que el inciso segundo otorga al mediador, la de procurar tomar contacto personal con las partes.

La Comisión acogió esta sugerencia, precisando que él podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos y, además, convino en agregar entre los principios por cuyo respeto deberá velar el mediador, conforme al inciso primero, la "celeridad".

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

Artículo 48  
(que pasa a ser artículo 50)

El artículo 48 fue aprobado con las modificaciones necesarias para adecuar su texto a los cambios introducidos al primer artículo de este Párrafo y que se traducen en acotar su alcance al caso de prestadores públicos, en reemplazar la referencia al Secretario Regional Ministerial de Salud por otra, al Consejo de Defensa del Estado, y en eliminar la frase que obliga a consignar en el acta las razones del fracaso de la mediación, además de cambios menores en la redacción.

**- Fue aprobado con modificaciones, en los términos que se consignan en el texto final del proyecto, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 49  
(que pasa a ser artículo 51)

Del artículo 49, que regula la reserva en la mediación, se eliminó, en el inciso primero, la referencia a las normas del artículo 13 de la ley 18.575 y, en el inciso tercero, la exigencia de que exista perjuicio para cualquier participante en el procedimiento, como requisito para sancionar la violación de la reserva con las penas del artículo 247 del Código Penal.

Además, se incorporó un inciso final que señala que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

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

Artículo 50  
(que pasa a ser artículo 52)

Fue aprobado sin enmiendas.

**- Esta decisión fue adoptada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 51  
(que pasa a ser artículo 53)

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, refiriéndose al inciso primero del artículo 51, hizo presente que, en el caso de la mediación ante los Tribunales de Familia, se concede al acuerdo ratificado por el Tribunal de Familia mérito de resolución judicial y adquiere igual valor que una sentencia, transformándose en un equivalente jurisdiccional de la misma.

Manifestó su inquietud porque lo mismo ocurriría en este caso, debido a que al acuerdo se le reconoce el valor de un contrato de transacción, que es ley para las partes, sin que en este caso exista una instancia objetiva de revisión. Expresó que el hecho de que en el acuerdo intervengan partes con un poder negociador excesivamente desbalanceado hace necesario establecer algún tipo de resguardo que impida abusos.

Finalmente, planteó su preocupación por la renuncia expresa a todas las acciones judiciales correspondientes que debe hacer la parte reclamante. Al efecto, se acordó dejar **constancia** de que lo anterior no alcanza a acciones y derechos irrenunciables o respecto de los cuales la ley no permite transigir.

En relación con el posible abuso derivado del distinto poder de las partes, la abogada del Consejo de Defensa del Estado, señora María Teresa Muñoz, explicó que el Consejo interviene aprobando la transacción y constituyéndose en un filtro para los acuerdos abusivos, ya que se trata de un cuerpo colegiado, con doce miembros que aportan distintas visiones.

El Honorable Senador señor Espina señaló que la mediación que se concreta como un contrato de transacción entre el Estado y los particulares siempre estará sujeta a la nulidad por vicios del consentimiento.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso fortalecer el sistema, agregando, como resguardo adicional, la autorización del Ministerio de Hacienda, en aquellos casos en que la transacción supere un cierto monto, que podría ser de 3.000 Unidades de Fomento.

En atención a lo expuesto, la Comisión acordó modificar el artículo 51, señalando en su inciso segundo que los contratos de transacción de los prestadores institucionales públicos deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se transe en

sumas superiores a mil unidades de fomento, y cuando excedan de tres mil unidades de fomento, deberán ser aprobados, además, por resolución del Ministerio de Hacienda.

Respecto del inciso tercero, se acordó eliminar la oración que dispone que los presupuestos de los prestadores institucionales públicos no podrán sea suplementados con aporte fiscal para pagar transacciones, debiendo hacerles frente únicamente con sus recursos propios.

**- El artículo 51 fue aprobado por unanimidad, con las modificaciones antes señaladas y otras menores de orden formal, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

Enseguida, la Comisión acordó incorporar un artículo 54, nuevo, con el fin de señalar requisitos mínimos para ser incorporado en el Registro de Mediadores y regular el arancel de los prestadores privados.

En relación con el primer tema, el Honorable Senador señor Espina manifestó que el mediador debe ser un profesional con varios años de experiencia profesional, pues se trata de una tarea extremadamente delicada, que requiere de la participación de un profesional versado.

Por su parte, el Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que, en el caso de los Tribunales de Familia, se exigió un título profesional de una carrera cuya duración no sea inferior a determinado número de semestres y con especialización en mediación. Respecto de este último requisito, señaló que, en la actualidad, muchas universidades imparten postgrados en mediación.

Se acordó que, al menos en una primera etapa, no se exigirá contar con preparación en mediación, pues aún no existen especialistas para conflictos en el ámbito de la salud, por lo que podría cuestionarse su idoneidad por las partes y debilitar el sistema.

En consecuencia, se acordó que, para inscribirse en el Registro de Mediadores, se deberá contar con título profesional de una carrera de al menos diez semestres de duración, otorgada por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, con cinco años de experiencia laboral, y no haber sido condenado ni sido objeto de formalización de investigación criminal, según corresponda, por delito que merezca pena aflictiva.

En relación con el inciso segundo, relativo al arancel de los mediadores, el Honorable Senador señor Viera Gallo hizo presente que debe distinguirse entre la mediación en que intervienen prestadores institucionales públicos, que es gratuita, y aquella que atañe a prestadores privados. Agregó que, considerando que la Superintendencia de Salud es el órgano encargado de acreditar a los mediadores que intervendrán en los conflictos en que participen prestadores privados y que las partes deben pagar los gastos de la mediación, sería aconsejable que se entregue la determinación de los aranceles a la misma entidad.

La Comisión, recogiendo el planteamiento anterior, acordó que la Superintendencia de Salud sea el organismo encargado de establecer los aranceles que corresponda pagar por la mediación en que intervengan prestadores privados.

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

- - - - -

Artículo 52  
(que pasa a ser artículo 55)

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente la conveniencia de agregar, entre los elementos que deben ser regulados por el reglamento a que alude este precepto, el establecimiento de modalidades de control de los mediadores.

La Comisión acordó acoger esta proposición y aprobó el texto del artículo reformulado en los siguientes términos:

“Artículo 53.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.”.

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

**- En resumen, y como consecuencia de los acuerdos anteriores, la indicación N° 100 fue aprobada por unanimidad, con las modificaciones señaladas, quedando como se expresará en el texto final del proyecto, con el voto de los Honorables Senadores**

**señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 101**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación del artículo 40, el siguiente artículo, nuevo:

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

El afectado deberá presentar la solicitud de reparación económica de los daños ocasionados, ante el respectivo Director del Servicio de Salud, especificando las lesiones producidas o las circunstancias de la muerte en su caso, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio, la falta que se imputa, y la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial; acompañando todos los antecedentes que estime conveniente, dando de esta forma inicio al procedimiento administrativo el que se regirá en todo lo no previsto por esta ley, por lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo.

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

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

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

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

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

La resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de reparación económica deberá ser aprobada por resolución del Ministerio de Hacienda.

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

Ejecutoriada que sea la resolución del Director del Servicio de Salud que apruebe la solicitud de indemnización por un monto distinto del solicitado, la parte tendrá el plazo de 10 días hábiles para manifestar por escrito su aceptación, transcurridos los cuales sin haberse pronunciado, se entenderá rechazada por el interesado la resolución del Servicio.

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

Los Honorables Senadores autores de esta indicación hicieron presente que procederían a su retiro, debido a que la indicación precedente aborda la misma materia y cuenta con el patrocinio del Presidente de la República.

**- Fue retirada por sus autores.**

## ARTÍCULOS TRANSITORIOS

### Artículo segundo

Limita el cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo primero transitorio. Al efecto dispone que ésta no podrá exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del citado artículo primero transitorio y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 102 y 103.

La **indicación N° 102**, del Presidente de la República, propone suprimir, en el artículo segundo, la palabra “real”, y agregar, entre la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, la palabra “Real”. Como otras semejantes, corrige una deficiencia en la denominación del Índice en cuestión.

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

La **indicación N° 103**, formulada por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, persigue agregar, antes del punto aparte, la siguiente oración final: “y, en todo caso, deberá ser capaz de cubrir las Garantías Explícitas que se contemplen en el respectivo decreto”.

El señor Ministro de Salud objetó esta indicación, señalando que las Garantías Explícitas deben ajustarse a la Prima Universal y no viceversa, como postula la proposición en análisis.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que esta propuesta está en concordancia con los términos en que fue aprobado el inciso segundo del artículo 12, reemplazado en virtud de la indicación N° 45, norma que preceptúa que el costo individual promedio generado por las Garantías Explícitas en Salud no podrá ser significativamente diferente a la Prima Universal.

**- La indicación fue acogida con enmiendas formales, con el voto favorable de la Honorable Senadora señora Matthei y de los señores Espina y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Boeninger.**

-----

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 104**, con el objetivo de incorporar un artículo transitorio, nuevo que señala que las normas sobre mediación establecidas en el Título III, Párrafo II, “De la Mediación”, entrarán en vigencia el 1° de enero de 2006.

La Comisión acordó acoger esta indicación, pero concediendo un plazo de seis meses para la puesta en vigor del nuevo párrafo relativo a la mediación. Este término se contará desde la entrada en vigencia del presente proyecto como ley.

**- Fue aprobada con la modificación indicada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

Finalmente, la Comisión acordó, por unanimidad, incorporar un artículo transitorio nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase “Régimen de Garantías en Salud”, por la frase “Régimen General de Garantías en Salud.”.

**- Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.”.**

-----

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Salud propone la aprobación de las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en general:

#### TÍTULO I

- En el epígrafe, insertar la palabra "GENERAL", entre las expresiones "DEL RÉGIMEN" y "DE GARANTÍAS EN SALU D".  
**(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

- Además, y como consecuencia del cambio anterior, se debe insertar la palabra “General”, dentro de la expresión

“Régimen de Garantías en Salud”, en el inciso segundo del artículo 25; en el inciso primero del artículo 11 contenido en el número 3 del artículo 34; en las siguientes disposiciones contenidas en el artículo 35: en la letra k) del número 1, en los dos párrafos de la letra a) del número 2, en el artículo 33 bis del número 3, en el inciso primero del artículo 42 A del número 4, y en el artículo 37.

**(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 1º

- Reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 1º.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469."

**(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 2º

- Sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 2º.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley."

**(Artículo 121 del Reglamento del Senado e Indicación N° 10, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 3°

- Reemplazarlo por el que sigue:

"Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.

Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan."

**(Artículo 121 del Reglamento del Senado e Indicación N°s 8 y 9, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 4°

- En el encabezamiento, sustituir la frase "inciso segundo del artículo anterior", por "artículo 2°".

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

- En la letra a), sustituir el vocablo "correspondiente", por la frase "a que se refiere el artículo 11".

- En la letra b), insertar, luego de la referencia "N° 19.937", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11".

- En la letra c), sustituir el vocablo "correspondiente", por la frase "a que se refiere el artículo 11".

**(Indicación N° 11 y artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

- En la letra d), añadir el siguiente párrafo tercero:

"El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3º del presente Título."

**(Artículo 121 del Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 5º

- Insertar, a continuación de la expresión "cobertura financiera adicional", la frase "de cargo de dichos organismos, según corresponda".

**(Indicación N° 17, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 7º

- En el inciso primero, intercalar, a continuación del término "dependan", la oración "en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento", precedida de un punto y coma (;).

**(Indicación N° 22, unanimidad 3x0)**

- En el inciso tercero, agregar, luego de la palabra "evento", las siguientes oraciones: "o del primer evento, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento", precedidas de una coma (,)

**(Indicaciones N°s 26 y 27, unanimidad 4x0)**

- Reemplazar el inciso cuarto, por el que sigue:

"En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago."

**(Indicación N° 29, unanimidad 4x0)**

#### Artículo 9º

- En el inciso segundo, sustituir la frase final "para otorgar dichas Garantías", por la oración "o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º".

**(Indicación N° 31, unanimidad 4x0)**

- Reemplazar los incisos tercero a séptimo, por los que se indican a continuación:

"No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización

inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

**(Indicación N° 32, unanimidad 5x0)**

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

**(Indicaciones N°s 34 y 38, unanimidad 5x0)**

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

**(Indicaciones N°s 39 y 40, unanimidad 5x0)**

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

**(Indicaciones N°s 35 y 36, mayoría 4x1 abstención)**

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación que implique urgencia vital o secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán

requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente."

**(Indicación N° 41, unanimidad 5x0)**

#### Párrafo 3°

- En el epígrafe, insertar la palabra "General", entre el vocablo "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 12

- En el inciso primero, sustituir la frase "al que deberá ajustarse", por la frase "expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías", precedida por una coma (.).

**(Indicación N° 44, unanimidad 3x0)**

- Reemplazar el inciso segundo, por los siguientes:

"Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.

Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda."

**(Indicación N° 45, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 14

- Sustituir la oración "respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquéllas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan", por la siguiente: "prestaciones

asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan”.

**(Indicación N° 48, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 18

- Suprimir la palabra “real”, que figura después del término “variación”, e insertar, entre la expresión “Índice General” y las palabras “de Remuneraciones”, el vocablo “Real”.

**(Indicación N° 49, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 19

- Intercalar, a continuación de la expresión “Garantías Explícitas del Régimen” la siguiente oración: “y que hayan sido requeridas en este carácter; de conformidad a las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud”.

**(Indicación N° 50, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 21

- En el inciso tercero, insertar, entre las palabras “consejeros” y “durarán”, la oración “ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud”.

**(Indicación N° 52, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 22

- En el inciso cuarto, agregar la siguiente oración final “Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.”.

**(Indicación N° 53, unanimidad 3x0)**

- En el inciso quinto, reemplazar la frase “establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo”, por la siguiente “dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento”.

**(Indicación N° 54, unanimidad 3x0)**

#### Párrafo 5º

- En el epígrafe, insertar la palabra “General”, entre el término “Régimen” y la expresión “de Garantías en Salud”.

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

### Artículo 23

- En el inciso segundo, agregar al final, luego de la frase "otros tres años", las palabras " y así sucesivamente".  
**(Indicación N° 55, unanimidad 3x0)**

### Párrafo 6°

- En el epígrafe, insertar la palabra "General", entre el término "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".  
**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

### Artículo 24

- En el inciso primero, eliminar la oración final "El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.". **(Indicación N° 56, unanimidad 3x0)**

- En el inciso segundo, sustituir la oración inicial "Cumpliéndose las condiciones del inciso primero,", por la que se indica a continuación: "El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas.", e iniciar con mayúscula el artículo "los", que figura luego de la primera.  
**(Indicaciones N°s 57 y 58, unanimidad 3x0)**

- En el mismo inciso segundo, incorporar las siguientes oraciones finales: "En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud."  
**(Indicación N° 59, unanimidad 3x0)**

- Reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

"Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional."

**(Indicaciones N°s 60 y 61, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 25

- En el inciso primero, sustituir las palabras "acceder a", por "atenderse en".

**(Indicación N° 62, unanimidad 3x0)**

- En el mismo inciso, insertar la frase "Asimismo, deberán acceder a ésta", antes de la frase "a través de la atención primaria", sustituyendo por un punto seguido (.) la coma (,) escrita después de la palabra "corresponda".

**(Indicación N° 63, unanimidad 3x0)**

- Finalmente, siempre en el inciso primero, incorporar, a continuación del vocablo "respectivo", la oración final "y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda", precedida de una coma (,).

**(Indicación N° 64, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 29

- En el inciso primero, reemplazar la expresión "los efectos de dejar constancia", por lo siguiente: "que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen", y la oración "las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente", por esta otra: "las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el inciso segundo del artículo 2º de esta ley".

**(Indicaciones N°s 69 y 70, unanimidad 3x0)**

-----

- Insertar un artículo 30, nuevo, del tenor que se indica enseguida, modificándose en consecuencia la numeración de los artículos siguientes:

"Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto."

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)**

-----

#### Artículo 31

- Ha pasado a ser artículo 32.

- Intercalar la palabra "Nominal", entre las expresiones "Índice General" y "de remuneraciones por Hora".

**(Indicación N° 71, unanimidad 4x0)**

- Sustituir las oraciones finales "entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación", por las siguientes: "entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación".

**(Indicación N° 72, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 33

- Ha pasado a ser artículo 34.

#### Número 1

- Al final de la letra g) que contiene, insertar la frase "y sus causantes de asignación familiar", luego de la referencia "ley N° 19.728".

**(Indicación N° 74, unanimidad 3x0)**

#### Número 2

- Reemplazarlo por el que sigue:

"2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), por lo siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser

manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.

**(Indicación N° 77, unanimidad 4x0)**

#### Número 3

- En el inciso del artículo 11 contenido en la letra a), agregar la frase "y los Establecimientos de Salud de carácter experimental", luego de la expresión final "Servicio de Salud".

**(Indicación N° 79, unanimidad 3x0)**

#### Número 4

- En el primero de los incisos que se agregan al artículo 27, sustituir la expresión "el cotizante", por la palabra "aqué".

**(Indicación N° 83, unanimidad 3x0)**

- Incorporar el siguiente inciso final a los que se agregan al artículo 27:

"Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.

**(Indicación N° 84, unanimidad 3x0)**

#### Número 6

- Reemplazarlo por el que sigue:

"6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras “afiliado” y “afiliados”, por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público”, por “organismo de la administración del Estado”.

ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra “afiliado” por “beneficiario”.

**(Indicaciones N°s 86 y 87, unanimidad 3x0)**

#### Artículo 34

#### Número 3

- En el artículo 33 bis que contiene este numeral, reemplazar la referencia al artículo "30", por otra, al artículo "31".  
**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5x0)**

#### Número 4

- En el epígrafe del Párrafo 5º, intercalar la palabra "General", entre el término "Régimen" y la expresión "de Garantías en Salud".  
**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

### TITULO III DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

- Insertar el epígrafe siguiente:

"Párrafo I  
 Disposiciones generales"

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5x0)**

#### Artículo 37

- Ha pasado a ser artículo 38, sustituido por el siguiente:

"Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada."

**(Indicaciones N<sup>os</sup> 89 y 90, unanimidad 4x0)**

-----

- Insertar el siguiente artículo 39, nuevo:

"Artículo 39.- En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán

instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término."

**(Indicación Nº 92, unanimidad 4x0)**

-----

#### Artículo 40

- Ha pasado a ser artículo 42.
- Reemplazar el inciso primero por el que sigue:

"Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsional por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar."

**(Indicaciones Nºs 96 y 97, unanimidad 5x0)**

-----

- Insertar a continuación del artículo 40, que pasó a ser artículo 42, el siguiente Párrafo II, De la mediación, y los artículos 43 a 55, nuevos:

#### "Párrafo II De la mediación

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley Nº 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre

las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 45.- El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

Artículo 46.- Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En

caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

Artículo 47.- En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

Artículo 48.- La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

Artículo 49.- El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

Artículo 50.- En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

Artículo 51.- Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

Artículo 52.- Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1º del Capítulo III de la ley Nº 19.880.

Artículo 53.- En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 7º del decreto con fuerza de ley Nº 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

Artículo 54.- Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

Artículo 55.- Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo."  
**(Indicación N° 100, unanimidad 5x0)**

-----

## ARTÍCULOS TRANSITORIOS

### Artículo primero

- En el encabezamiento, intercalar la palabra "General", entre los términos "Régimen" y "de Garantías en Salud".

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 3x0)**

- En el segundo inciso, sustituir la expresión "el Régimen entrará", por "las Garantías Explícitas entrarán".

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)**

Artículo segundo

- Suprimir la palabra "real", escrita a continuación del vocablo "variación", y agregar, entre las expresiones "Índice General" y "de Remuneraciones", el término "Real".

**(Indicación N° 102, unanimidad 4x0)**

- Insertar al final, luego de la palabra "modificación", la oración "y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto".

**(Indicación N° 103, mayoría 3x1)**

-----

- Insertar a continuación los siguientes Artículos cuarto y quinto transitorios, nuevos:

"Artículo cuarto.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.

**(Indicación N° 104, unanimidad 5x0)**

Artículo quinto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase "Régimen de Garantías en Salud", por la frase "Régimen General de Garantías en Salud".

**(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4x0)**

-----

Si las modificaciones propuestas son aprobadas, el proyecto de ley que queda como sigue:

**PROYECTO DE LEY:**

**"TÍTULO I  
DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD**

**Párrafo 1°  
Disposiciones Generales**

**Artículo 1°.- El Régimen General de Garantías en Salud, en adelante el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.**

**Artículo 2°.- El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.**

**Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.**

**Asimismo, las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.**

**Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley.**

**Artículo 3°.- El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el artículo anterior, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios disponibles. Dichas normas e instrucciones generales serán de público conocimiento.**

**Las normas señaladas en el inciso anterior no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de las modificaciones fundadas en aspectos sanitarios, técnicos y administrativos que correspondan.**

Artículo 4°.- Para los efectos previstos en el **artículo 2°**, se entenderá por:

a) **Garantía Explícita de Acceso:** Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.**

b) **Garantía Explícita de Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, **en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.**

c) **Garantía Explícita de Oportunidad:** Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto **a que se refiere el artículo 11.** Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) **Garantía Explícita de Protección Financiera:** La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

**El arancel señalado en el párrafo primero de esta letra deberá aprobarse en el decreto supremo a que se refiere el**

**artículo 11 y sujetarse a los procedimientos indicados en el Párrafo 3° del presente Título.**

Párrafo 2°

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional **de cargo de dichos organismos, según corresponda**, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; **en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento**. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, **o del primer evento, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181**

**unidades de fomento.** Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

**En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquel en que se devengue el primer copago.**

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional **o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a la letra c) del artículo 4º.**

**No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un**

establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Institución de Salud Previsional, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al Plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso séptimo, el médico tratante en el establecimiento será quien determine el momento a partir del cual, para los efectos de este artículo, el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red Asistencial o no es de aquellos designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red Asistencial o a uno de los designados por la Institución de Salud Previsional, según corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) del inciso precedente, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o ser atendido por el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se iniciará o reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación descrita en el inciso tercero deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas. Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación que implique urgencia vital o secuela funcional grave, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán requerir que resuelva la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Deberán interponer el requerimiento dentro de las veinticuatro horas siguientes

al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer, suscritos por un médico registrado en la Superintendencia. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar de plano la solicitud. La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante de situaciones de urgencia vital o con secuela funcional grave, la Intendencia sancionará al requirente.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

#### Párrafo 3º

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 11.- Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal, **expresado en unidades de fomento, al que deberán ajustarse dichas Garantías.**

**Las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se haya establecido conforme al inciso anterior.**

**Dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales que haya**

**definido el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.**

Artículo 13.- La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

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

Artículo 14.- Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus **prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan** un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

Artículo 15.- La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

Artículo 16.- Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que

tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

Artículo 17.- Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

Artículo 18.- Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

Artículo 19.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen **y que hayan sido requeridas en este carácter; todo ello de conformidad con las instrucciones que, mediante circulares de general aplicación, imparta la Superintendencia de Salud.** Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

Párrafo 4°  
Del Consejo Consultivo

Artículo 20.- Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

Artículo 21.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

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

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

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

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros **ejercerán sus funciones a partir de la publicación del decreto que fija las Garantías Explícitas en Salud**, durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

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

Artículo 22.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

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

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la

Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría. **Ésta no podrá negarse a dar curso a dichas solicitudes, si se ajustan a los recursos disponibles.**

Un reglamento **dictado por el Ministerio de Salud, previa sugerencia del propio Consejo, establecerá lo relativo a su funcionamiento**, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

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

#### Párrafo 5°

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 23.- Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años. Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años **y así sucesivamente.**

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

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3° y 4° de este Título.

#### Párrafo 6°

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 24.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las

Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

**El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas.** Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. **En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.**

**Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.**

Artículo 25.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán **atenderse en la Red Asistencial** que les corresponda. **Asimismo, deberán acceder a ésta** a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, **y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.**

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen **General** de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

Artículo 26.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser

atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

Artículo 27.- Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

Artículo 29.- La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para **que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen** de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a **las Garantías Explícitas en Salud señaladas en el artículo 2° de esta ley**: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

**Artículo 30.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.**

Párrafo 7°  
Otras obligaciones

**Artículo 31.-** En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

**Artículo 32.-** Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación experimentada por el Índice General **Nominal** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, **entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

**Artículo 33.-** El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

TÍTULO II  
DISPOSICIONES VARIAS

**Artículo 34.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

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

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 **y sus causantes de asignación familiar.**”.

2.- **Sustitúyese el encabezado del artículo 8°, y su letra a), por lo siguiente:**

**“Artículo 8º.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:**

**a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.**

**Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”.**

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

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

**“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen **General** de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud **y los Establecimientos de Salud de carácter experimental.**”.**

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

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

**“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por **aquél** o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.**

**Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.**

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

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

**Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 31.”.**

5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

- i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.
- ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.

**6.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:**

- i. En el inciso sexto, sustitúyense las palabras “afiliado” y “afiliados”, por “beneficiario” y “beneficiarios”, respectivamente, y la frase “servicio público”, por “organismo de la administración del Estado”.**
- ii.- En el inciso séptimo, reemplázase la palabra “afiliado” por “beneficiario”.**

**Artículo 35.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

- a) Sustitúyese, al final de la letra i), la expresión ", y" por un punto y coma (;).
- b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).
- c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

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

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

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

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

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

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen **General** de Garantías en Salud."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

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

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 30 de la ley que establece el Régimen **General** de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen **General** de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen **General** de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

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

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

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

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

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

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

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

**Artículo 36.-** Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y ter-

minan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

**Artículo 37.-** Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen **General** de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977, y decreto ley N° 2.859, de 1979.

### TITULO III DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA

#### **Párrafo I** **Disposiciones Generales**

**Artículo 38.-** Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada.

**Artículo 39.-** En el caso señalado en el inciso final del artículo anterior, los órganos de la Administración del Estado deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de notificada la sentencia de término.

**Artículo 40.-** La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

**Artículo 41.-** La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

**Artículo 42.- El Fondo Nacional de Salud será responsable por falta de servicio y las Instituciones de Salud Previsio-  
nal por incumplimiento negligente, de su obligación de asegurar el otor-  
gamiento de las garantías explícitas de salud contempladas en esta ley,  
siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.**

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

#### **Párrafo II De la mediación**

**Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley N° 2.763, de 1979, o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos del artículo 54.**

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

**Artículo 44.- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo,**

cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud.

Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar.

Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

**Artículo 45.-** El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado; previo acuerdo de las partes, este plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el mediador, quien actuará como ministro de fe.

Durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.

**Artículo 46.-** Durante el procedimiento, el mediador podrá citar a todas las audiencias necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

Si la primera audiencia de mediación fracasara por la incomparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si fracasara esta segunda citación por incomparecencia de los mismos citados, se entenderá que la mediación ha fracasado si, dentro de tercero día, no acompañan antecedentes verosímiles que justifiquen la incomparecencia. En caso que la incomparecencia se declare justificada, se citará por tercera y última vez a las partes, para una primera audiencia.

Para las audiencias posteriores, en caso de que las hubiera, se procederá de la misma forma.

**Artículo 47.-** En la primera audiencia, el mediador deberá informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y las ilustrará acerca del valor jurídico de dichos acuerdos.

Las partes, en cualquier momento de la mediación, podrán expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado mediante un acta que deberá ser firmada por aquéllas y el mediador. En caso que alguna de las partes se niegue a firmar, se dejará constancia de ello.

**Artículo 48.-** La comparecencia a las audiencias deberá ser personal, sin perjuicio de que las partes puedan designar un apoderado facultado expresamente para transigir. Los prestadores institucionales comparecerán a través de su representante legal o de un apoderado debidamente facultado. Sin perjuicio de lo señalado, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

**Artículo 49.-** El mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, de lo cual deberá mantener informada a la otra parte. Asimismo, deberá mantener una actitud imparcial y velar porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad.

El mediador deberá ayudar a las partes a llegar por sí mismas a la solución de su controversia, sin perjuicio de proponer bases para un acuerdo, en caso de ser necesario. Para ello procurará tomar contacto personal con las partes, podrá efectuar visitas al lugar donde ocurrieron los hechos, requerir de las partes o de terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de las partes se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación, cuyo costo será de cargo de las partes.

**Artículo 50.-** En el caso del inciso primero del artículo 43, el mediador deberá cumplir especialmente con el principio de probidad administrativa, para garantizar su imparcialidad. Las partes podrán solicitar la inhabilidad del mediador y el nombramiento de otro al Consejo de Defensa del Estado, el que resolverá en una única audiencia, a más tardar dentro de tercer día hábil. Si alguna de las partes no se conformara con la decisión, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta.

Sin perjuicio de lo anterior, si el mediador considera que existen hechos o circunstancias que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, deberá declararlo de oficio y traspasarlo a otro, según establezca el reglamento. Si el mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si éstas no se oponen, proseguirá el procedimiento ante él. En caso contrario, el asunto será traspasado a otro mediador.

**Artículo 51.-** Para permitir el éxito del procedimiento todas las declaraciones de las partes y las actuaciones de la mediación tendrán el carácter de secretas.

En conformidad a lo establecido en el inciso anterior, tanto el mediador como las partes involucradas deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o al éxito del procedimiento.

La violación de dicha reserva será sancionada con la pena prevista en el artículo 247 del Código Penal.

Sin perjuicio de lo anterior, los documentos e instrumentos, públicos o privados, que sean acompañados al procedimiento, no quedarán afectos al secreto y su uso y valor probatorio en juicio posterior se regirá por las reglas generales. Las partes podrán requerir la devolución de los documentos e instrumentos acompañados una vez concluido el procedimiento de mediación.

**Artículo 52.-** Las citaciones que este Párrafo establece se regirán por lo dispuesto en el Párrafo 1° del Capítulo III de la ley N° 19.880.

**Artículo 53.-** En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

En el caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deberán ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 7° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993, cuando se trate de sumas superiores a mil unidades de fomento. Además, los contratos de transacción deberán ser

aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades de fomento.

Los montos que se acuerde pagar como resultado de la mediación obligarán única y exclusivamente los recursos del prestador institucional público involucrado.

Una resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento reglado en este Párrafo, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Los prestadores institucionales públicos deberán instruir la investigación sumaria o sumario administrativo correspondiente, a más tardar diez días después de la total tramitación del contrato de transacción, sin perjuicio del derecho de demandar a él o los funcionarios que hayan incurrido en culpa o dolo, para obtener el resarcimiento de lo que se haya pagado en virtud del contrato de transacción.

**Artículo 54.-** Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

La Superintendencia de Salud establecerá los aranceles que corresponda pagar por la mediación, en el caso del inciso segundo del artículo 43.

**Artículo 55.-** Mediante un reglamento dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda se establecerá la forma de designación de los mediadores, las modalidades de control de éstos, las causales de eliminación del Registro y las demás normas que permitan el funcionamiento del sistema establecido en el presente Párrafo.

## ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen **General** de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

- 1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.
- 2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.
- 3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, **las Garantías Explícitas entrarán** en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

Artículo segundo.- El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación experimentada por el Índice General **Real** de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación **y, en todo caso, deberá ser suficiente para cubrir las Garantías Explícitas incluidas en el respectivo decreto.**

Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

**Artículo cuarto.- Las normas sobre mediación establecidas en el Párrafo II del Título III entrarán en vigencia seis meses después de la publicación de esta ley.**

**Artículo quinto.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses, contado desde la publicación de esta ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije los textos refundidos y sistematizados de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y del decreto ley N° 2.763, de 1979.

En el ejercicio de esta facultad se deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y cuando corresponda, la frase “Régimen de Garantías en Salud”, por la frase “Régimen General de Garantías en Salud.”.

-----

Acordado en sesiones de fechas 15 y 22 de junio; 8, 12,13 y 15 de julio de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fonet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 21 de julio de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario

---

## RESUMEN EJECUTIVO

---

### SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD, ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD.

(Boletín N° 2.947-11)

---

#### I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:

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

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

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

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

- Asegurar la exigibilidad de las garantías.

- Adecuar las leyes N° 18.469 y N° 18.933 a los cambios generados por el proyecto.

- Regular la implementación gradual del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Regular la responsabilidad extracontractual del Estado y los aseguradores y prestadores privados en el área de la salud.

**II. ACUERDOS:**

Indicación N°	1	Rechazada	3x0
Indicación N°	2	Rechazada	3x0
Indicación N°	3	Rechazada	3x0
Indicación N°	4	Rechazada	3x0
Indicación N°	5	Rechazada	3x0
Indicación N°	6	Rechazada	3x0
Indicación N°	7	Retirada	
Indicación N°	8	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	9	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	10	Aprobada	3x0
Indicación N°	11	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	12	Retirada	
Indicación N°	13	Inadmisible	
Indicación N°	14	Inadmisible	
Indicación N°	15	Retirada	
Indicación N°	16	Inadmisible	
Indicación N°	17	Aprobada	3x0
Indicación N°	18	Inadmisible	
Indicación N°	19	Retirada	
Indicación N°	20	Retirada	
Indicación N°	21	Retirada	
Indicación N°	22	Aprobada	3x0
Indicación N°	23	Retirada	
Indicación N°	24	Retirada	
Indicación N°	25	Retirada	
Indicación N°	26	Aprobada	4x0
Indicación N°	27	Aprobada	4x0
Indicación N°	28	Rechazada	4x0
Indicación N°	29	Aprobada	4x0
Indicación N°	30	Inadmisible	
Indicación N°	31	Aprobada	4x0
Indicación N°	32	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación N°	33	Rechazada	5x0
Indicación N°	34	Aprobada con modificaciones	3x1
Indicación N°	35	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación N°	36	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación N°	37	Retirada	
Indicación N°	38	Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación N°	39	Aprobada	5x0

Indicación N°	40	Aprobada	4x0
Indicación N°	41	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	42	Retirada	
Indicación N°	43	Retirada	
Indicación N°	44	Aprobada	3x0
Indicación N°	45	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	46	Inadmisible	
Indicación N°	47	Rechazada	3x0
Indicación N°	48	Aprobada	3x0
Indicación N°	49	Aprobada	3x0
Indicación N°	50	Aprobada	3x0
Indicación N°	51	Rechazada	2x1
Indicación N°	52	Aprobada	3x0
Indicación N°	53	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	54	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	55	Aprobada	3x0
Indicación N°	56	Aprobada	3x0
Indicación N°	57	Aprobada	3x0
Indicación N°	58	Aprobada	3x0
Indicación N°	59	Aprobada	3x0
Indicación N°	60	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	61	Aprobada	3x0
Indicación N°	62	Aprobada	3x0
Indicación N°	63	Aprobada	3x0
Indicación N°	64	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	65	Rechazada	3x0
Indicación N°	66	Rechazada	3x0
Indicación N°	67	Rechazada	3x0
Indicación N°	68	Rechazada	3x0
Indicación N°	69	Aprobada	3x0
Indicación N°	70	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	71	Aprobada	4x0
Indicación N°	72	Aprobada	3x0
Indicación N°	73	Inadmisible	
Indicación N°	74	Aprobada	3x0
Indicación N°	75	Inadmisible	
Indicación N°	76	Inadmisible	
Indicación N°	77	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación N°	78	Retirada	
Indicación N°	79	Aprobada	3x0
Indicación N°	80	Inadmisible	
Indicación N°	81	Inadmisible	

Indicación N°	82	Inadmisible	
Indicación N°	83	Aprobada	3x0
Indicación N°	84	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°		El párrafo i) fue declarado inadmisible 85 y los párrafos ii) e iii) fueron retirados.	
Indicación N°	86	Aprobada	3x0
Indicación N°	87	Aprobada con modificaciones	3x0
Indicación N°	88	Retirada	
Indicación N°	89	Aprobada	4x0
Indicación N°	90	Aprobada con modificaciones	4x0
Indicación N°	91	Retirada	
Indicación N°	92	Aprobada	4x0
Indicación N°	93	Retirada	
Indicación N°	94	Rechazada	4x0
Indicación N°	95	Retirada	
Indicación N°	96	Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación N°	97	Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación N°	98	Rechazada	5x0
Indicación N°	99	Rechazada	5x0
Indicación N°	100	Aprobada con modificaciones	5x0
Indicación N°	101	Retirada	
Indicación N°	102	Aprobada	4x0
Indicación N°	103	Aprobada con modificaciones	3x1
Indicación N°	104	Aprobada con modificaciones	5x0

**IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL:** no hay.

**V. URGENCIA:** suma.

**VI. ORIGEN INICIATIVA:** mensaje del Presidente de la República.

**VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.

**VIII. APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS:** 15 de enero de 2003.

**IX. INICIO TRAMITACION EN EL SENADO:** 21 de enero de 2003.

**X. TRAMITE REGLAMENTARIO:** segundo informe. El proyecto pasa a la Comisión de Hacienda, para examinar los artículos 1º a 10, 12 a 19, 22, 31 y 32; del artículo 34, los números 1, 2, 4, 5 y 6; del artículo 35, el inciso segundo del artículo 42 B, contenido en el número 4; el artículo 36; el Título III, y los artículos Primero, Segundo y Cuarto transitorios.

## **XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

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

b) Ley Nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, que corresponde al sistema público.

c) Ley Nº 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema privado.

d) Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

e) Ley. No 19.937, que establece una nueva concepción de la autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

f) Ley Nº 6.174, que establece el Servicio de Medicina Preventiva.

g) Ley Nº 18.948, Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.

h) Ley Nº 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

i) Ley Nº 19.123, que crea Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, establece una pensión de reparación y otorga otros beneficios en favor de personas que señala.

j) Ley Nº 19.779, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

k) Decreto Ley Nº 1.757, de 1977, que otorga beneficios por accidentes y enfermedades a los miembros de los cuerpos de bomberos.

- l) Decreto Ley N° 1.772, de 1977, que autoriza al Servicio Nacional de Salud para importar determinados elementos para la Asociación de Dializados.
- m) Decreto Ley N° 2.859, de 1979, que fija la ley orgánica de Gendarmería de Chile.
- n) Decreto Ley N° 3.551, de 1981, que fija normas sobre remuneraciones y sobre personal para el sector público.
- ñ) Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- o) Decreto con Fuerza de Ley N° 35, del Ministerio de Salud, de 1990, que fija la planta y la dotación máxima de personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- p) Ley N° 19.728, que establece un seguro de desempleo.
- q) Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, Capítulo III, Párrafo 1°, sobre notificaciones.
- r) Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- s) Código Sanitario, artículo 36, sobre facultades presidenciales en caso de emergencia sanitaria.
- t) Código Penal, artículo 247, violación del secreto profesional o funcionario.
- u) Decreto con fuerza de ley N° 1, de Hacienda, de 1993, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley orgánica del Consejo de Defensa del Estado.

---

Valparaíso, 21 de julio de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario de la Comisión

---

**INDICE**

---

Constancias reglamentarias	2
Antecedentes de derecho	3
Discusión en particular	4
Modificaciones	85
Proyecto de ley	102
Firmas	128
Resumen Ejecutivo	129
Indice	135