

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA.

BOLETÍN N° 12.662-11

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de emitir su informe acerca del proyecto de la suma, iniciado en mensaje del Presidente de la República, señor Sebastián Piñera Echenique.

El texto que se propone a la Sala en el presente informe está conformado por un artículo permanente y cuatro artículos transitorios.

A una o más de las sesiones en que se analizó esta iniciativa legal asistieron, además de los miembros de la Comisión, las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud: el Ministro, señor Jaime Mañalich; el Asesor Legislativo, señor Jaime González, y los Asesores, señores Enrique Accorsi, Juan Cataldo, David Grossman y Pablo Solís.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): el Director Nacional, señor Marcelo Mosso; el Fiscal, señor Luis Brito; el Jefe de Gabinete, señor Eduardo Ramírez, y el Jefe de la División Desarrollo Institucional, señor Francisco León.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: los Coordinadores, señora Begoña Jugo y señor Cristián Barrera y el señor Máximo Pavez.

Del Ministerio Secretaría General de Gobierno: el Periodista, señor Andrés Aguilera.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Coordinador, señor Eduardo Goldstein.

De la Fundación Jaime Guzmán: la señora
Teresita Santa Cruz.

Del Instituto Igualdad: el señor Sergio Herrera.

Los Asesores del H. Senador Chahuán, señores
Sergio Mancilla y Marcelo Sanhueza.

Los Asesores del H. Senador Durana, señora
Pamela Cousins y señor César Quiroga

La Asesora del H. Senador Quinteros, señora
Paula Canales.

La Asesora de la H. Senadora Van
Rysselberghe, señora Daniela Henríquez.

El Asesor de la H. Senadora Ebensperger,
señor Patricio Cuevas.

La Jefa de Gabinete del H. Senador Prohens,
señora Daniela Morales y la asesora comunicacional del Senador, señora
Camila Briones.

El Asesor de la Bancada PS, señor Jaime
Junyent.

El Asesor del Comité DC, señor Gerardo
Bascuñán.

La Asesora del Comité PPD, señora Victoria
Fullerton.

El Asesor del Comité RN, señor Cristian
Carvajal.

El Asesor del H. Diputado Juan Luis Castro,
señor Luis Batallé.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto de ley propone crear un seguro de salud que permita a las personas beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa), y que opten por ser atendidas en la modalidad de libre elección, tener certeza sobre el límite máximo que deberán pagar en

forma directa, como gasto de bolsillo adicional, en algunas prestaciones a determinar, luego de haber hecho uso de una prestación de salud.

Para lograr esos objetivos, esta iniciativa legal está estructurada en base a un artículo permanente y cuatro transitorios.

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

Se hace presente que, por tratarse de normas propias de la seguridad social, su aprobación requiere quórum calificado, esto es, la mayoría absoluta de los Senadores en ejercicio, en virtud de lo dispuesto en el artículo 66 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 19, ordinal 18°, de la Carta Fundamental. Si bien la Cámara de Diputados no dejó similar constancia, cabe consignar en este informe que tanto la aprobación general como particular de la iniciativa recibió una votación suficiente en el primer trámite constitucional.

ANTECEDENTES DE DERECHO

- De la Constitución Política de la República, los ordinales 9° y 18° del artículo 19.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
- Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- Ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

ANTECEDENTES DE HECHO

El mensaje que da origen a este proyecto de ley señala que la protección de la salud se ha convertido en motivo de

una preocupación ciudadana creciente y sostenida, unida a expectativas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito.

Explica que, en lo que se refiere a las prestaciones de salud del sistema público de atención, la legislación actual considera que pueden proveerse a través de dos modalidades:

a) La Modalidad de Atención Institucional (MAI) que es desarrollada en los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud del país, y los establecimientos de salud de carácter experimental, así como aquellos establecimientos del sector privado que presten servicios al sistema, previo convenio, y

b) La Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE), otorgada por profesionales y establecimientos o entidades asistenciales de salud que mantienen convenios con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

Hoy, Fonasa entrega cobertura a más de 14 millones de personas, de las cuales casi el 24% son carentes de recursos para cotizar en salud y están inscritas en el llamado "Grupo A". Este Grupo A, solo tiene acceso a la Modalidad de Atención Institucional. Por su parte, las personas afiliadas a Fonasa que pertenecen a los Grupos B, C, y D tienen acceso a la Modalidad de Libre Elección.

En la Modalidad de Atención Institucional, los grupos de más alto ingreso "C" y "D" tienen que pagar un equivalente al 10% y al 20%, respectivamente, del valor del arancel de la prestación por el prestador público. En la Modalidad de Libre Elección, el monto del copago es igual para cualquiera que pertenezca a los tramos "B", "C", y "D", y depende de cada prestación. La Modalidad de Libre Elección se ve fuertemente limitada por la escasa cobertura financiera que otorga en algunas materias, más aun tratándose de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, casos en los cuales existen valores superiores al arancel, diferencia que debe ser cubierta íntegramente por el afiliado.

En efecto, de acuerdo a la información de Fonasa, en 2018 la cobertura efectiva para una prestación como "día cama" en Modalidad de Libre Elección, fue de entre 2% y 5%, a pesar de tener una cobertura referencial de 50% del arancel. Esto ocurre porque la cobertura en Libre Elección se calcula sobre un arancel de referencia, que en el caso de ítems como insumos médicos, día cama, y derecho de pabellón, por ser cuentas "excedibles" (es decir, que el prestador no se obliga a respetar el arancel), muchas veces no refleja el costo real de la prestación, generando un gasto de bolsillo adicional para los beneficiarios de Fonasa. Esta situación afecta fundamentalmente a la clase media.

Podrán hacer uso de este seguro un total de 10.714.789 personas beneficiarias de Fonasa, según estimaciones a diciembre de 2018. La clase media en el país enfrenta dificultades que pueden poner en riesgo sus avances e incluso hacerla retroceder a la pobreza, lo que genera fuertes temores respecto de ciertas contingencias y momentos de la vida adversos. Esto se acrecienta debido a que normalmente quedan fuera de la protección y los beneficios sociales del Estado, puesto que superan los umbrales definidos para acceder a ellos.

Se señala en el mensaje, que el acceso a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico para los hogares, desde el punto de vista financiero.

En Chile, a pesar de que el 97% de la población declara estar cubierta por algún sistema previsional de salud y casi el 80% de ellos está en Fonasa, dos de cada tres personas declaran estar preocupadas porque no saben si podrán pagar la atención que necesiten, ante una enfermedad grave.

Por tal motivo, señala el mensaje, el Gobierno está comprometido con políticas sociales y con el avance en modelos de cobertura y accesibilidad garantizados, especialmente tratándose de la protección de eventos catastróficos con gran impacto económico, como para la clase media son las enfermedades o problemas de salud. Por ello, se presenta este proyecto que crea un seguro de salud disponible tanto en la red pública, como en la red privada de prestadores en convenio, para avanzar en la ampliación del acceso de la clase media en Fonasa, permitiendo que las personas tengan más opciones de atención de salud, e incorporando certeza en cuanto al gasto máximo de bolsillo que una situación catastrófica pueda producir.

Asimismo, se hace presente que esta iniciativa legal forma parte de un programa más amplio de protección para la clase media, denominado “Clase Media Protegida”, y que contempla varias iniciativas para salvaguardarla de eventos adversos, como el desempleo, enfermedades graves, el costo de la educación superior, la longevidad y la dependencia física, el acceso a una vivienda y delitos violentos. Para ello, indica el mensaje, es necesario fortalecer las atribuciones legales de Fonasa, mediante la creación de coberturas y protecciones adicionales.

Finalmente, explica cuál es el objeto o finalidad concreta del proyecto: dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial, mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud, con certeza en el gasto máximo de bolsillo, gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario.

Dicho gasto máximo anual está en concordancia con lo establecido como “umbral nacional de costo anual” en el artículo 6° de la ley N° 20.850, conocida como “ley Ricarte Soto”, para determinar si un diagnóstico o un tratamiento es de alto costo. Las prestaciones serán otorgadas en la Modalidad de Libre Elección, a través de una red de prestadores preferentes, públicos y privados, en convenio para estos fines, lo cual permitirá a Fonasa convenir precios con estos prestadores mediante mecanismos de transferencia de riesgo compartido como son, por ejemplo, los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD). Estará disponible para todos los afiliados del sistema público de salud que enteran cotizaciones en Fonasa, para el financiamiento de las prestaciones de salud que ellos y sus beneficiarios requieren.

- - - - -

DISCUSIÓN EN GENERAL Y EN PARTICULAR

De conformidad con lo establecido en el artículo 127 del Reglamento del Senado, el proyecto de ley en informe fue objeto de discusión en general y en particular a la vez, porque el Presidente de la República ha hecho presente la urgencia para su tramitación, en carácter de discusión inmediata.

Al iniciar el estudio del proyecto, **el señor Ministro de Salud, doctor Jaime Mañalich**, recalcó que para el Gobierno se trata de un proyecto importante. Afirmó que recientemente se entregó a la opinión pública el último estudio realizado por el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio, respecto del aumento de gasto de bolsillo de las personas. En definitiva, este proyecto será subsumido en el proyecto de ley de reforma de Fonasa, como parte integral del Plan de Salud Universal (PSU), junto al proyecto de reforma de las Isapres.

Esta iniciativa legal abre un camino para dar cobertura adecuada a personas que tienen gastos muy importantes, fijando un deducible creciente de acuerdo al estrato socioeconómico al que pertenecen los beneficiarios de Fonasa y estableciendo un límite al gasto, que será asumido por Fonasa.

El Director Nacional de FONASA, señor Marcelo Mosso, explicó que el seguro aborda riesgos que permiten resolver, en la Modalidad de Libre Elección, problemas de salud que deterioran la calidad de vida, producen detrimento laboral, largos y dolorosos tiempos de espera, o que pueden llevar a una situación de vulnerabilidad a un beneficiario de Fonasa que necesita una prestación médica.

Precisó que el proyecto de ley en estudio, crea el “seguro catastrófico”, que otorga una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa.

Actualmente, las personas que están en listas de espera en Fonasa tienen dos opciones: cuando se trata de enfermedades no GES, tienen la opción de esperar por mucho tiempo, incluso años o, quienes están en los tramos B, C y D, pueden utilizar la modalidad de libre elección y buscar solución a su problema de salud en algún prestador en convenio. Esta última opción implica desembolsar una cantidad importante de dinero, porque la cobertura es muy baja en el caso de situaciones que se intenta solucionar a través de este proyecto de ley, por ejemplo, prótesis de cadera o de rodilla, que son cirugías de alto costo, a lo que se suma que la cobertura de Fonasa no incluye medicamentos.

El proyecto de ley instala una cobertura financiera especial en la modalidad de libre elección, para entregar mediante un mecanismo conformado por un deducible y un gasto máximo de bolsillo que tiene relación con la renta de cada una de las personas, para solucionar problemas de salud dentro de una red de prestadores que, de acuerdo al proyecto, será en primer lugar en los pensionados de los hospitales públicos, luego siguen los hospitales universitarios, los institucionales y finalmente otros establecimientos.

Señaló que en el país hay 91 hospitales públicos que tienen pensionado, con aproximadamente 800 camas.

Añadió que el artículo único, incorpora un artículo 143 bis en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial, en la Modalidad de Libre Elección, denominada “Seguro Catastrófico”, que cubre intervenciones quirúrgicas y el tratamiento de las enfermedades que se determinen.

La iniciativa legal establece que las intervenciones y tratamientos cubiertos, deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta treinta días después de la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

La Subsecretaría de Salud Pública, previa aprobación de Fonasa y la Dirección de Presupuestos, propondrá el listado de intervenciones y tratamientos a financiar con este seguro.

Para que Fonasa otorgue su aprobación debe fundarse en un estudio que incluya, entre otros elementos, un análisis de costo-efectividad, análisis de las brechas de listas de espera, de la oferta pública y privada y la prioridad sanitaria.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establezca el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá este seguro.

Las prestaciones a incluir en el primer año, son en principio las siguientes: Endoprótesis de Cadera, Prótesis de Rodilla, Cáncer de Páncreas, Cáncer de Esófago, Cirugía Bariátrica, Endometriosis, Aneurisma Aorta, Cirugía Cardiovascular Congénita Adulto

A septiembre 2019 había 80.000 cirugías de alto costo en listas de espera.

¿Dónde se otorgan las prestaciones?: Orden de prelación establecido:

» Seguro Catastrófico– artículo único, inciso sexto y séptimo

¿DÓNDE SE OTORGAN LAS PRESTACIONES?: ORDEN DE PRELACIÓN PRESTABLECIDO



Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá preferentemente convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente de los prestadores antes mencionados, se podrá suscribir convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la Modalidad de Libre Elección. La adjudicación de los convenios deberá ser fruto de una licitación pública, en cuyas bases se establecerá un arancel de referencia obligatorio para el prestador.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios de Fonasa que se encuentren acreditados en los seis meses calendario anteriores a su activación.

Para financiar estas intervenciones el Seguro contempla un deducible por intervención quirúrgica y un gasto máximo de

bolsillo al año, por beneficiario. El deducible y gasto máximo es distinto para el Tramo A, que son personas carentes de recursos, del aplicable a los tramos B, C y D. En el caso del Tramo A se contempla que el deducible por intervención sea el equivalente a 2,5 ingresos mínimos, es decir \$ 752.500.

Además, existe un gasto máximo anual por beneficiario equivalente a 3,8 ingresos mínimos, es decir \$ 1.143.800. Si un beneficiario tiene una segunda operación en el año calendario, y en la primera intervención ya pagó, por ejemplo, \$ 752.500, entonces en la segunda tendrá que pagar como máximo la diferencia: \$ 391.300. Si tuviese una tercera intervención, el copago es cero.

Para los Tramos B, C y D, se contempla que el deducible por intervención sea el equivalente a 4,8 ingresos familiares mensuales dividido por el número de miembros del grupo familiar. Este deducible no puede ser menor a 4,8 ingresos mínimos, es decir, a \$ 1.444.800. Por ejemplo, si el ingreso de un afiliado sin cargas es de \$700.000, su deducible es \$3.360.000, pero si tiene 1 carga es la mitad \$ 1.680.000, y en el caso de que tuviese 2 cargas es \$1.444.800, porque manda el deducible mínimo.

El gasto máximo anual por beneficiario funciona de la misma forma y, una vez alcanzado, el beneficiario no paga más por los siguientes problemas de salud resueltos en el marco de este proyecto de ley.

Actualmente la Modalidad de Libre Elección de Fonasa se ajusta a 3 niveles de arancel por prestación, o conjunto de prestaciones y se entrega una bonificación a ese arancel, con un tope de 60%, por regla general.

Los prestadores se inscriben y firman un convenio con Fonasa, para adherirse a esta Modalidad; la inscripción es por "grupos" de prestaciones y, al inscribirse, aceptan un nivel de arancel.

Actualmente, los aranceles por día cama, derecho de quirófano o pabellón o sala de procedimientos son "excedibles", es decir, el prestador puede cobrar al beneficiario el precio de lista que desee. La idea del proyecto es crear una cobertura financiera especial, en la Modalidad de Libre Elección, que solucione esos problemas de cobertura.

En Fonasa, al contrario de lo que ocurre en las Isapres, no existen grupos familiares constituidos por un matrimonio y su prole. En los tramos B, C y D los grupos familiares están conformados por un cotizante y sus cargas. Es decir, si ambos cónyuges trabajan, cada uno debe afiliarse en forma separada y pagar su cotización aparte.

Por ello, en estos segmentos el deducible y el gasto máximo se dividen por el cotizante y sus cargas, hasta alcanzar el piso mínimo.

El Honorable Senador señor Quinteros manifestó que para potenciar el proyecto de ley de fortalecimiento de Fonasa, que se encuentra en la Cámara de Diputados, debería invertirse el dinero contemplado en el presupuesto para el año 2020, que asciende a \$25.000.000.000, en hospitales, públicos, universitarios e institucionales, no en clínicas particulares y sociedades médicas, porque hay un gran reclamo de la ciudadanía sobre el poco provecho que se hace de la infraestructura pública, como en el caso de los pabellones quirúrgicos de los hospitales.

Precisó que el proyecto no crea un seguro catastrófico sino una forma de gestión de las listas de espera. Argumentó que si fuera un seguro catastrófico, debiera estar incorporado en el proyecto de ley de Fonasa que se encuentra en tramitación.

El Honorable Senador señor Chahuán señaló ser partidario de establecer un orden de prelación, en primer lugar, que el mismo hospital absorba la demanda en las horas inhábiles. Este proyecto va a dar solución a 8.000 intervenciones que sería imposible resolver con la actual mecánica del sistema público de salud. En segundo lugar, recurrir a los hospitales institucionales. Por último, sostuvo no ser partidario de cerrar las puertas a otras instituciones que pueden sumarse a la solución.

El Honorable Senador señor Durana planteó que la propuesta DE un seguro de estas características da cuenta de que hay una urgencia que resolver y, desde esa perspectiva, se debe analizar la oferta disponible en el sistema de salud, con independencia de otra consideración.

Añadió que se debe evitar generar más listas de espera en los hospitales del sector público y dar solución inmediata al paciente.

El señor Ministro de Salud recordó que, para la normativa del Ministerio de Salud, se entiende por institución privada toda aquella que no pertenece al Sistema Nacional de Servicios de Salud. Por tanto, se entienden como privados, en el sentido estricto de la palabra, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Hospital Clínico de la Universidad Católica y otros similares, porque no pertenecen al Ministerio de Salud.

Por otra parte, sostuvo que el principal destinatario privado de los recursos públicos de salud son las sociedades

médicas que operan en la red asistencial pública subsidiados, porque no invierten en nada y pagan un arriendo ínfimo por el uso del pabellón.

El Honorable Senador señor Chahuán coincidió en que se debe buscar una fórmula para que no sean las sociedades médicas las que sean nuevamente beneficiadas a costa del sistema público de salud.

La Honorable Senadora señora Goic consultó por el seguro catastrófico que actualmente opera en Fonasa y solicitó información sobre lo que Fonasa necesita actualmente para gestionar una lista de espera.

El Director Nacional, señor Mosso, señaló que la expresión “seguro catastrófico” está incluida en la normativa de Fonasa, sin embargo, es letra muerta, porque no se ha aplicado.

Puntualizó que lo que el proyecto incorpora es una fórmula distinta, que consiste en licitar para tener prestadores que conformen una red, a los que se les pagará por soluciones integrales, que actualmente no existen en la modalidad de libre elección; y en que para ciertos grupos de enfermedades o patologías que se van incorporando a este sistema se otorga una cobertura financiera que tiene que ver con el ingreso de las personas.

Actualmente, las personas que están en listas de espera tienen dos posibilidades, una de ellas es esperar muchos años hasta que la operen y la otra alternativa es para aquellas personas que tienen posibilidad, tomen este seguro, a través de la modalidad de libre elección y pagar una cantidad de acuerdo a sus ingresos. Esto posibilita que las personas que no tienen recursos avancen en la lista de espera y, desde esa perspectiva, es progresivo no sólo porque se paga en función del ingreso.

Lo anterior se complementa con el proyecto de ley de reforma de Fonasa, en el cual se ha diseñado una modalidad de libre elección manejada a través de redes con lógicas sanitarias diferentes de las que tenemos hoy, que es la del pago por prestación.

El Honorable Senador señor Girardi enfatizó que estamos atrapados en una situación de mayor complejidad, porque se intenta llevar a cabo una reforma integral de la salud, pero es difícil que se realice a través de proyectos separados.

Este es un problema que se arrastra desde hace tiempo, una buena intención fue el AUGE, pero al no tener financiamiento suficiente, porque no se aprobó el fondo solidario, ha generado sistemáticamente un detrimento del sistema público, traspasando cuantiosos recursos al mundo privado, para cumplir con las

garantías explícitas, y no se ha podido recuperar de manera robusta el sistema público de salud. El problema es que si se insiste en la misma lógica se seguirá traspasando recursos a los privados.

Es un eco-sistema porque tiene que ver con la definición constitucional, en Chile la salud no es un derecho y lo que se garantiza es el libre acceso a ella. La idea es avanzar hacia una salud como derecho y que, por lo tanto, sea responsabilidad del Estado de proveer salud.

Lo peligroso es continuar el camino que se inició hace muchos gobiernos atrás y sostener que, dado que el sistema público no tiene capacidad de respuesta, la solución debe provenir de aquellos actores que tengan esa capacidad, que son los privados.

La prioridad debe ser recuperar el sistema público, de manera robusta y contundente, en lugar de seguir en un proceso que lleva a una precarización progresiva del sistema público, porque los privados terminan llevándose el recurso humano, que sólo se forma en el sistema público.

El Honorable Senador señor Quinteros señaló que una de las prioridades de la población chilena es contar con una salud que responda a las necesidades de las personas y termine con los abusos que ocurren. Estimó que el proyecto de ley fortalece más al sector privado.

El señor Director Nacional de FONASA se refirió al impacto financiero si se libera de deducible a los tramos A y B de Fonasa. La modalidad de libre elección es una cuenta que nunca se ha excedido, porque todos los años se estudia muy bien la demanda; como se trata de una libre demanda, las personas van a la consulta cuantas veces quieran y en la Modalidad de Libre Elección Fonasa no controla eso; por lo tanto, como se conoce el comportamiento de los usuarios se estima el monto de recursos y esa cuenta nunca se ha excedido.

La misma lógica se aplicaría en esta ley. Al estudiar la demanda de este seguro en función de las personas beneficiarias, como todos pagan deducible, se puede medir el impacto fiscal. Eliminar el deducible tiene impacto financiero, en el sentido de que no se puede responder a los beneficiarios que se acabaron los recursos para utilizar el seguro catastrófico.

Observó que en la actualidad las personas no pueden acceder a resolver sus problemas de cirugía porque deben esperar largos años o gastar dinero que no tienen, y muchas personas de clase media incurrir en situaciones de vulnerabilidad financiera importante, por causa de enfermedades.

Para resolver la situación planteada, hay varias herramientas; una de ellas es la reforma sustancial de Fonasa, que las va a solucionar en el mediano y largo plazo. La otra fórmula es resolver parte del problema con la propuesta presentada, que calificó de eficiente, pues una parte del costo público será cubierta por el copago del beneficiario, que es distinto a que el Estado pague el 100%.

Explicó que el 93% del gasto público en salud se destina a la modalidad institucional, es decir, a los hospitales. El informe de la Comisión Nacional de Productividad¹ hacía hincapié sobre la necesidad de mejorar la eficiencia y demostraba que a lo largo de los años los aportes al sector público se han incrementado a razón de 9% real anual, en los últimos 10 años. Sin embargo, la producción de cirugías, por ejemplo, no ha aumentado. Con la política pública propuesta se pretende resolver 30 mil cirugías al año, con un costo menor al actual.

El Honorable Senador señor Quinteros consultó al Director por qué cree que los \$ 25.000.000.000 destinados para estas listas de espera pueden ser más eficientes en el sector privado, que en el público.

El señor Director Nacional de FONASA aclaró que se refiere a la eficiencia del uso de los recursos económicos, que no están destinados a los privados, sino que a los pensionados de los hospitales públicos, luego a los universitarios, a los institucionales, a los sin fines de lucro y finalmente a los centros con fines de lucro.

El señor Ministro acotó que un obstáculo para que en el sector público se incrementen la eficiencia y la productividad es, en primer lugar, la existencia dentro de los hospitales públicos de agentes que complotan contra la eficiencia de la red pública, porque terminan en el pabellón dos horas antes, a fin de ingresar sus pacientes privados. Afirmó que este proyecto de ley tiene como externalidad la de regular, organizar y formalizar toda la actividad privada que se realiza en los hospitales públicos.

El señor Director Nacional de FONASA recalcó la importancia de comprender que un factor relevante es la prelación de los prestadores y otro es tener reglas del juego claras, en términos del precio que se va a pagar a cada uno de ellos. Señaló que el proyecto contempla que a ningún prestador externo se pague más que al público. Si ello no está expresado de forma correcta, se puede mejorar la redacción en el sentido indicado. Si se toma la decisión de derivar a un paciente a un prestador que no es público, existe una licitación de por

¹ Institución consultiva, de carácter independiente y autónoma, cuyo objetivo es aumentar la productividad para mejorar la vida y bienestar de las personas. Creada por decreto N° 270, de los Ministerios de Economía, Fomento y Turismo y de Hacienda, de 2015.

medio y no se puede cobrar un precio superior al de las prestaciones públicas.

El objetivo de fondo es dar una respuesta a las personas que están en listas de espera; es un problema que el país ha tratado de solucionar, pero el problema persiste.

La ventaja de este proyecto de ley es que las personas que tienen la posibilidad de enfrentar el copago dejan a quienes no la tienen su espacio en la lista de espera, de manera que puedan avanzar dentro del sector público para que se solucione el problema de salud que les aqueja.

El Honorable Senador señor Chahuán puso de relieve la importancia de empatizar con los pacientes, con las 80.000 personas que están en lista de espera. El proyecto no debilita la salud pública, por el contrario, ojalá todos los pacientes fueran atendidos por los hospitales públicos o institucionales, pero si no puede absorber toda la demanda, hay que empatizar con el paciente y ofrecer una solución adecuada y oportuna. Coincidió en que se debe establecer un orden de prelación como el planteado.

El Honorable Senador señor Girardi consideró que el problema de listas de espera no se va a resolver si no se plantea el tema de fondo. Mientras no exista un sistema público con la capacidad de oferta real, con la cantidad de especialistas, camas y equipamiento adecuados, la solución no será posible.

El sistema funciona con la lista de espera como mecanismo regulatorio, es parte del modelo por el que se optó. Tiene que ver con la falta de financiamiento y con las prestaciones subvaloradas, entre otras causas. La lista de espera es parte del ecosistema en el que el país está inmerso, sostuvo Su Señoría.

El enorme déficit en salud obedece, en parte, a que el aporte fiscal en Chile es 3,1% del PIB y debiera ser el doble, para tener la capacidad de dar respuesta a estos problemas.

Los mecanismos paliativos, si bien pueden tener buena intención, producen efectos colaterales, como es la pérdida de capacidad operativo del sistema institucional, cada vez más profunda; en la medida que se traspasen más recursos a privados se resolverá en parte algunos problemas, pero la consecuencia siguiente será la pérdida de capacidad institucional y el aumento de las listas de espera, porque las clínicas privadas, como ha ocurrido desde el AUGE, se han llevado a los profesionales del sistema público y el equipo de salud ha ido traspasando esa capacidad a las clínicas privadas, desvistiendo absolutamente los hospitales y generando además las nefastas sociedades médicas.

Manifestó preocupación por aspectos que el privado no va a resolver, como la capacidad de formación del recurso humano. En la medida que exista déficit de especialistas de calidad y funcionarios de calidad en el sistema público, la capacidad formadora, que es una riqueza que tiene Chile, se verá debilitada. Hospitales como el de la Universidad de Chile, que es el gran formador de especialistas, debería ser subsidiado por ser centro capacitador de recursos humanos de calidad.

Consultó por la opinión del Ejecutivo respecto a instituciones como la Asociación Chilena de Seguridad y la Mutual, que no son instituciones con fines de lucro.

La Honorable Senadora señora Goic indicó que no le satisface la iniciativa en estudio, porque enfrenta cuestiones transitorias en forma permanente. Todos entienden la prioridad de las personas en materia de salud y todos quieren ser parte de la solución.

Esto no es un seguro de salud para la clase media, como se ha dado a conocer comunicacionalmente, que va a poner un tope en lo que tiene que financiar la familia de clase media para el tratamiento de enfermedades que no estén en el GES o en la Ley Ricarte Soto, sino que tiene que ver con gestionar la lista de espera.

Si con esta iniciativa se busca remedios transitorios, al mismo tiempo que se discute en la Cámara de Diputados otra reforma permanente y estructural, que es el fortalecimiento de Fonasa, es preciso conocer cómo se vinculan ambos proyectos.

Preguntó si para gestionar las listas de espera se requiere una ley o es posible hacer convenios que permitan gestionarlas y utilizar además la capacidad y experiencia de instituciones que no tienen fines de lucro. Por otra parte, consultó por la red de las Fuerzas Armadas, pues parece tener sentido incorporar a la red pública los hospitales de esas instituciones y su capacidad.

El Honorable Senador señor Prohens se refirió a una experiencia habida en la región de Atacama, a raíz del estancamiento de la lista de espera; allí se ha tenido que resolver el problema recurriendo a recursos regionales, suscribiendo convenios con fundaciones sin fines de lucro. Se ha invertido cerca de \$ 1.200.000.000 en la atención de dos patologías. Además, agregó Su Señoría, se trata de avanzar no sólo en soluciones, sino en la reinserción en la vida laboral de muchas personas que actualmente están limitadas de hacerlo, por la patología que les aqueja.

Este proyecto de ley aborda de otra manera lo que se ha buscado con recursos regionales, para dar solución auténtica a las personas.

El Honorable Senador señor Quinteros señaló que en la región de Los Lagos también el Gobierno Regional ha destinado recursos para solucionar diversos problemas sanitarios.

Consideró que el proyecto es una solución transitoria y que una verdadera reforma, que potencie lo público, dará lugar a otra realidad. Presentó un conjunto de 9 indicaciones, suscritas por él y por los Honorables Senadores señora Goic y señor Girardi, en el ánimo de suplir las carencias que se advierte en la iniciativa.

Es comprensible que las personas que están en listas de espera aspiren a una solución, sin mirar si proviene del sector público o del privado. Sin embargo, potenciar la salud pública en el país permitirá que todos tengan acceso a las prestaciones que necesitan.

En su opinión, este proyecto no es un seguro catastrófico, sino un paliativo; en segundo lugar, sostuvo que lo que se pretende con las indicaciones propuestas es que las personas más necesitadas sean las beneficiarias de este proyecto.

Manifestó que no es razonable ni viable que una persona que está en el tramo A de Fonasa, que vive del subsidio familiar, solucione un copago de 2,5 ingresos mínimos mensuales, equivalentes a \$ 797.500; para ello debería dejar de comprar insumos básicos, como alimentos, por varios meses.

Las personas del tramo B, que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$ 319.000, tendrían que aportar un copago de 4,8 ingresos mínimos mensuales, es decir \$1.531.000, equivalentes a cinco meses de su sueldo.

Por ello se propone no exigir copago a las personas ubicadas en los tramos A y B, porque les es imposible enfrentar tal desembolso; además, semejante exigencia resulta discriminatoria y constituye una barrera de acceso al presunto beneficio.

Lo propuesto en las indicaciones apunta a fortalecer lo público.

Sugirió plantear este proyecto de ley como provisorio y revisar el resultado de su aplicación luego de un año, verificando si ha habido reducción de las listas de espera. Entonces se podrá analizar si efectivamente, luego de la priorización de hospitales públicos e institucionales, se requiere la contratación de servicios del

sector privado, siempre que el costo no supere lo que se paga en los hospitales públicos.

El Honorable Senador señor Prohens manifestó su acuerdo a lo propuesto y sugirió buscar la solución definitiva para los grupos A y B, de modo de abrir camino para que sean beneficiarios.

Señaló que según estudios de la Pontificia Universidad Católica de Chile, más o menos el 75% de las prestaciones frecuentes están subvaloradas, por lo cual muchas veces los hospitales reciben un valor inferior a su costo real, lo que genera su déficit financiero. Consultó al director de Fonasa de qué forma se planea resolver ese problema.

El señor Ministro agradeció las contribuciones y realizó los siguientes comentarios: en primer lugar, este seguro ya no se llama seguro de clase media protegida, dado que en la Cámara de Diputados se cambió el nombre por seguro catastrófico.

Observó que se ha calificado esta iniciativa como un paliativo y añadió que los cuidados paliativos son muy importantes en algunas etapas del tratamiento de enfermedades; expresó que lo que se intenta paliar mediante este proyecto es la lista de espera quirúrgica que no corresponde a patologías AUGE, en la que en este momento figuran 250.000 personas.

La mayoría de esas demandas quirúrgicas son de baja complejidad, sin embargo, hay un sub grupo de enfermedades de alto costo, en promedio entre \$ 7.000.000 y \$ 8.000.000, respecto de las cuales este proyecto de ley faculta a Fonasa para determinar cuáles van a quedar incluidas en esta cobertura catastrófica o de alto costo.

Este seguro tiene más bien la forma de un bono no AUGE, para manejo de listas de espera de alto costo. En este contexto, el horizonte de personas de las que se habla anualmente es de aproximadamente 7.000 personas que requieren ese tipo de cirugías y que no la resuelven y se ven obligadas a soportar los sufrimientos consiguientes, como escaras, licencias médicas prolongadas, depresión, y todo lo que implica una enfermedad.

En ese sentido, el proyecto presentado mira a las personas y sus necesidades, permitiendo abordar una lista de espera compleja de resolver.

Antes del regreso de la democracia había un cierto énfasis en el desarrollo de la infraestructura privada y de un estado subsidiario. Desde entonces, todos los gobiernos, de cualquier signo político, se han comprometido con el fortalecimiento de la red pública, lo

que se ha expresado en una inversión importante en hospitales y centros de atención primaria dependientes del sector público.

Hay situaciones en las cuales instituciones de salud privadas pueden resolver algunas de las patologías en cuestión, pero se trata de algo excepcional, que prácticamente se da sólo en la ciudad de Santiago.

Respecto de los especialistas, recordó que la Presidenta señora Michelle Bachelet, en su primer gobierno puso en marcha un programa de financiamiento de becas de formación que antes eran autofinanciadas. Actualmente el Estado ofrece 1.200 becas de formación de especialistas, para un universo de 1.700 médicos que se gradúan cada año.

El esfuerzo por fortalecer la salud pública es indiscutible y cada vez se otorgan más prestaciones en el sector público. Los prestadores del sector privado están en una situación bastante compleja porque la rentabilidad de los seguros que los financian el año pasado ha caído dramáticamente, un 85% en el caso de las Isapres, tendencia que probablemente se va a mantener.

Indicó que no se quiere más sociedades médicas trabajando en un hospital, sino que el médico gane más dinero por su trabajo en el hospital y que quienes capturen el bono sean los médicos de los hospitales públicos y no las sociedades.

Opinó que el orden de prelación de los prestadores a los que se podrá recurrir es el adecuado. La posibilidad de que privados ofrezcan servicios al mismo costo GRD, es decir, todo incluido, no será posible para algunas instituciones que tienen estructuras de costo de producción muy caras. Dicho orden permitirá que, en primer lugar, sean los pensionados de los hospitales los que ofrezcan el servicio y, en consecuencia, el gran beneficiado va a ser el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que tiene 300 camas cerradas actualmente, por falta de demanda y varios pabellones quirúrgicos disponibles.

En referencia al proyecto de ley de Fonasa, que se encuentra en la Cámara de Diputados, precisó que incorpora o subsume el proyecto de ley en estudio, de manera que, cuando llegue la discusión de Fonasa al Senado, será la oportunidad de discutir e integrar en él la iniciativa en informe, ya convertida en ley.

Respecto de la posible integración de la Asociación Chilena de Seguridad, manifestó que la estructura de seguridad social en el ámbito laboral es anticuada e ineficaz. Hay estimaciones que dicen que esa institución dejó de pagar el 30% de las licencias médicas que se le sometieron y las derivaron a las Isapres o al

Fonasa, en circunstancias de que en realidad se trataba de enfermedades profesionales, pero como son juez y parte ello da margen para un abuso sistemático.

Estimó que la cotización de salud para medicina del trabajo es excesiva, lo que explica que se invierta en infraestructura que no necesitan y que ofrecen como excedente, pero no al mismo precio que Fonasa. Comentó que hubo un lobby de la Asociación Chilena de Seguridad por aprovechar la existencia de listas de espera y obtener un rédito que no corresponde.

El Honorable Senador señor Girardi consideró importante lo planteado sobre las mutuales y declaró que sería importante que el Gobierno presente un proyecto de ley para hacerle frente. Está claro que en ese sistema se sobre cotiza y que las asociaciones son juez y parte. Además se debe cambiar el concepto de que debe haber un antecedente único de la enfermedad profesional y que los trabajadores deben acreditarlo, lo cual muchas veces genera para las mutuales un doble negocio, consistente en el traspaso al sistema público de enfermedades profesionales.

La Honorable Senadora señora Goic pidió precisar el universo de beneficiarios del proyecto en informe y del gasto que genera.

El Honorable Senador señor Chahuán solicitó avanzar en otro tema que se ha planteado insistentemente, que consiste en establecer codificaciones automáticas de las prestaciones del arancel Fonasa. Sin perjuicio de abordar la subvaloración de las prestaciones, mientras tanto se debe dar solución a las personas que lo están pasando mal, entendiendo que se trata de una solución transitoria y que se espera que cuando llegue el proyecto de fortalecimiento de Fonasa se podrá enfrentar como se debe.

El Honorable Senador señor Quinteros reiteró la consulta de cómo va a copagar una persona que no tiene ingresos; en segundo lugar, de qué manera se va a proteger a las personas si no hay un seguro catastrófico en lo público, a diferencia de lo que ocurre en el sector privado. Solicitó el pronunciamiento del Ejecutivo sobre las indicaciones presentadas por miembros de la Comisión.

El señor Director Nacional de Fonasa señaló que lo relevante es que los dos últimos incisos del artículo propuesto, que se originó en indicación de diputados de la oposición que el Gobierno se allanó a incorporar, dejan constancia de que el Estado asume el compromiso de cerrar las brechas financieras de los hospitales.

La reducción y diferenciación del deducible y gastos máximos de cada tramo se resolvió en la Comisión de Hacienda

de la Cámara de Diputado. Como Fonasa no tenía la posibilidad de otorgar préstamos para financiar el copago, se le entregó esa facultad.

Otorgar gratuidad a los tramos A o B implica un paciente de estos tramos va al hospital y el doctor le ofrece dos posibilidades: lo opera en el hospital, que implica lista de espera, o lo hace afuera de inmediato; en ambos casos el costo para el paciente es cero, por lo que optará por hacerlo afuera, lo que sí contribuiría a privatizar el sistema.

En cuanto a cómo conversa este proyecto con el de Fonasa, explicó que la modalidad de libre elección de este proyecto ya no operará sobre la base de aranceles, sino que a través de licitaciones y a precios que serán determinados por Fonasa. Por primera vez habrá licitaciones y un precio único y se conformará una red

El señor Ministro expresó que en la lista de espera no AUGE están identificadas todas aquellas cirugías que podrían ser candidatas a esta modalidad. El problema es que al incluir algunas, específicamente cáncer de esófago y ciertas neurocirugías, se comprueba que no hay oferta pública suficiente para dar cobertura a más de 30.000 personas. El horizonte de financiamiento acordado con el Ministerio de Hacienda es para 35.000 beneficiarios, en régimen; ya hay 7.000 personas identificadas, que pueden atenderse en la red pública.

El señor Ministro señaló que respecto de la posibilidad de que los grupos A y B de Fonasa no tengan copago y sean gratuitos es algo que se discutió con el Ministro de Hacienda y no hay disposición del Ejecutivo para que eso sea posible.

- - - - -

Las indicaciones presentadas durante la discusión en general por los Honorables Senadores señora Goic y señores Girardi y Quinteros son las siguientes:

- La indicación N° 1 reemplaza la letra c) del inciso cuarto del artículo 143 bis, por la siguiente:

“c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.”.

- La indicación N° 2 reemplaza el inciso sexto del artículo 143 bis, por el siguiente:

“Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el

Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del país; en subsidio, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este; y a falta de oferta por parte de los anteriormente mencionados, con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, acuerdos que considerarán el arancel obligatorio para el prestador y el copago máximo que deberá asumir el beneficiario, los que no podrán ser superiores a las establecidas en arancel del Fondo Nacional de Salud para la modalidad de libre elección.”.

- La indicación N° 3 reemplaza el inciso octavo del artículo 143 bis, por el siguiente:

“Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en los tramos B, C y D, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación. Previo a la incorporación de los beneficiarios a esta cobertura financiera especial, el Director del Establecimiento de Salud, del Servicio de Salud o el Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien lo reemplace en el futuro, en su caso, deberán certificar la falta de oferta para realizar la prestación de salud en cada uno de sus ámbitos, la que se presumirá en el evento que el plazo para realizarla exceda de los tiempos máximos de espera recomendados. Para estos efectos, el interesado podrá denunciar el incumplimiento de dicho plazo ante la autoridad que debía resolver el asunto, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 19.880.”.

- La indicación N° 4 reemplaza la parte final del numeral 1 del inciso noveno del artículo 143 bis, a contar del punto seguido, por la siguiente:

“Este deducible no podrá ser superior a 1,6, 3,2 y 4,8, ingresos mínimos mensuales para el tramo B, C y D, respectivamente.”.

- La indicación N° 5 reemplaza la parte final del numeral 3 del inciso noveno del artículo 143 bis, por la siguiente:

“Este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser superior a 2,0, 4,0 y 4,8, ingresos mínimos mensuales para el tramo B, C y D, respectivamente.”.

- La indicación N° 6 agrega en el inciso décimo primero del artículo 143 bis, a continuación del punto seguido, que pasa a ser punto aparte:

“El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de otorgar todos los años, con cargo a su presupuesto institucional, al menos el mismo número de prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del tramo B, las que deberá ser practicadas dentro de la Red Asistencial de Salud.”.

- La indicación N° 7 agrega el siguiente inciso final nuevo:

“Este artículo tendrá una vigencia de dos años a contar de la publicación de esta ley.”.

- La indicación N° 8 reemplaza en el artículo primero transitorio, la frase “décimo y undécimo” por “undécimo y décimo quinto”.

- La indicación N° 9 reemplaza en el artículo segundo transitorio, la frase “décimo y undécimo” por “undécimo y décimo quinto”.

La Honorable Senadora señora Goic manifestó que lo clave es contemplar que no exista copago para los beneficiarios del tramo A de Fonasa y disminuir el copago, en el caso de los tramos B y C, dentro de la lógica que determina que se esté discutiendo simultáneamente una reforma de Fonasa, proyecto en que esto probablemente puede concebirse como parte de una atribución y diseño más permanente. Propuso revisar este tema cada dos años y acotar el mecanismo a la red pública, a hospitales institucionales y universitarios, como una forma de descomprimir efectivamente las listas de espera y de avanzar en fortalecer las capacidades que tiene Fonasa para articular la red; pero con el resguardo de que la discusión de este tema, para su incorporación en forma permanente, se haga dentro del proyecto de Fonasa, que está actualmente en discusión en la Cámara de Diputados.

Requirió saber si las indicaciones presentadas, que requieren patrocinio, van a tener respaldo del Ejecutivo.

El Honorable Senador señor Quinteros señaló que las indicaciones presentadas reconocen que para el año 2020 hay un presupuesto de \$ 25.000.000.000 asignado a este proyecto, y se ajustan a ese margen presupuestario, sin prescindir de la urgencia de dar respuesta a aquellas personas que se encuentran en los tramos A y B de Fonasa.

El señor Director nacional de Fonasa declaró entender el espíritu que hay detrás de las indicaciones. Como funcionario

del Ejecutivo reconoció que las indicaciones relacionadas con el orden de prelación, con la incorporación de prestadores que no son parte de la red pública de salud, con la aplicación de precios acotados a los que se paga a los hospitales públicos y con el uso del mecanismo de licitación, son temas deseables y que se pueden incorporar.

Respecto de la gratuidad para el tramo A, entendiendo la inquietud de que se hace cargo la propuesta parlamentaria, señaló que requiere mayor tiempo para estudiar y revisar ese punto, porque implica una estimación económica.

La Honorable Senadora señora Goic indicó no estar dispuesta a votar en general el proyecto de ley si no hay certeza de que se eximirá el copago en el caso del tramo Fonasa A. Afirmó que no se genera mayor gasto, pues las indicaciones se ajustan a los recursos contemplados en la iniciativa legal. Añadió que el ánimo es que este proyecto sea fruto de un acuerdo y no se pierda en la discusión respecto de la admisibilidad de las ideas propuestas en las indicaciones.

El Honorable Senador señor Girardi señaló que no va a aprobar un proyecto de ley que va en dirección contraria a lo que el país necesita, que no está disponible para aprobar un proyecto que traspare más recursos a las clínicas privadas, en desmedro del sistema público. Los pocos recursos que tiene el sistema público, en lugar de invertirlos en mejorar la capacidad de atención, con más especialistas, con más insumos y mejoramiento de camas, se traspara a clínicas privadas que otorgan las prestaciones. Si hoy el sistema público no es capaz de responder a esa demanda y no se lo fortalece, es obvio que lo van a poder hacer sólo las clínicas privadas.

Declaró no estar dispuesto a hacer una política que no es de fondo, sino un paliativo. La debilidad del sistema público y la falta de inversión de varios gobiernos han generado una incapacidad institucional de resolver los problemas.

En segundo lugar, no está de acuerdo con que los sectores más pobres de este país, de los grupos Fonasa A y B, que son personas extremadamente vulnerables, con baja o ninguna remuneración y con la carga de enfermedad más alta, tengan que pagar deducibles importantes. Explicó que lo que se plantea en las indicaciones es que el tramo A no tenga que pagar deducible y para el tramo B se contemple uno menor al propuesto en el proyecto de ley.

Las indicaciones presentadas hacen que esta iniciativa, que si bien es paliativa, pase a ser viable y a garantizar cierta equidad y establece una cierta protección para el sistema público, para que este proceso no sea capturado por clínicas privadas cuyo móvil en Chile es el lucro; señaló como ejemplo que la Clínica Las Condes sostuvo recientemente que no iba a cumplir con los planes

complementarios. La lógica de las clínicas privadas es anteponer su interés, el del negocio, por sobre la salud.

Solicitó que quede establecido en la historia de la ley que lo que se está reconociendo es el aporte de los hospitales universitarios en la formación de especialistas.

La Honorable Senadora señora Goic enfatizó que los puntos están expuestos y que la propuesta del Ejecutivo sigue manteniendo a los privados dentro del proyecto de ley, sin recoger lo que se ha planteado.

Se procedió a votar en general y en particular.

- Sometida a votación la idea de legislar, fue aprobada en general por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Goic y señores Chahuán, Durana, Girardi y Quinteros.

El señor Ministro explicó que, luego de hablar con el señor Ministro de Hacienda y el señor Presidente de la República sobre el proyecto de ley en estudio, la posición del Ejecutivo es mantener el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados tal como está y considerar las indicaciones presentadas por los señores Senadores como inadmisibles.

El señor Director Nacional de Fonasa sostuvo que a su entender las indicaciones, en cuanto inciden en materia de seguridad social, son materia de iniciativa exclusiva del Ejecutivo y que, desde esa perspectiva, son inadmisibles.

El Honorable Senador señor Quinteros evocó que es facultad del Presidente de la Comisión la de declarar la admisibilidad o inadmisibilidad de las indicaciones y puso en votación el conjunto de indicaciones formuladas durante la discusión en general.

- Sometidas a una sola votación las nueve indicaciones, fueron aprobadas con modificaciones menores de redacción y ajustes en las referencias internas, por mayoría de 3 votos contra 2. A favor se manifestaron los Honorables Senadores señora Goic y señores Girardi y Quinteros. Votaron en contra los señores Chahuán y Durana.

El Honorable Senador señor Chahuán, fundamentando su voto, declaró que consagrar mayores coberturas es un objetivo deseable, lo mismo que la existencia de mayor presupuesto para acogerlo, sin embargo, a su juicio, las indicaciones son de iniciativa exclusiva del Ejecutivo, y por tal motivo se inclinó por rechazarlas.

Efectuada la votación, **el señor Máximo Pavez, Jefe de la División de Relaciones Políticas e Institucionales del Ministerio Secretaría General de la Presidencia**, formuló expresa reserva de constitucionalidad en relación con las indicaciones aprobadas, porque vulneran la Constitución Política de la República en el ámbito de la iniciativa exclusiva del Jefe del Estado.

La Honorable Senadora señora Goic sostuvo que lo señalado por el funcionario de Ministerio Secretaría General de la Presidencia da cuenta de que se prefiere llevar esta discusión fuera del ámbito de la salud y situarla en el debate de constitucionalidad. Por último, lamentó la falta de una indicación del Ejecutivo para mejorar este proyecto de ley, colaboración que fue solicitada.

- - - - -

MODIFICACIONES

En conformidad con los acuerdos adoptados, la Comisión de Salud tiene el honor de proponer aprobar el proyecto de ley despachado por la Honorable Cámara de Diputados, con las siguientes modificaciones:

Artículo único

1) En el artículo 143 bis practicar las siguientes enmiendas:

- Reemplazar la letra c) del inciso cuarto, por la siguiente:

“c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.”.

- Sustituir el inciso sexto, por el siguiente:

“Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del país; en subsidio, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por éste; y a falta de oferta por parte de los anteriormente mencionados, con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, acuerdos que considerarán el arancel obligatorio para el prestador y el copago máximo que deberá asumir el beneficiario, los que no podrán ser superiores a los

establecidos en el arancel del Fondo Nacional de Salud para la modalidad de libre elección.”.

- Reemplazar el inciso octavo por el siguiente:

“Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en los tramos B, C y D, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación. Previo a la incorporación de los beneficiarios a esta cobertura financiera especial, el Director del Establecimiento de Salud, del Servicio de Salud o el Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien lo reemplace en el futuro, en su caso, deberán certificar la falta de oferta para realizar la prestación de salud en cada uno de sus ámbitos, la que se presumirá en el evento de que el plazo para realizarla exceda de los tiempos máximos de espera recomendados. Para estos efectos, el interesado podrá denunciar el incumplimiento de dicho plazo ante la autoridad que debía resolver el asunto, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 64 de la ley N° 19.880.”.

- Reemplazar la oración final del numeral 1 del inciso noveno, por la siguiente: “Este deducible no podrá ser superior a 1,6, 3,2 y 4,8 ingresos mínimos mensuales, para el tramo B, C y D, respectivamente.”.

- Reemplazar la oración final del numeral 3 del inciso noveno, por la siguiente: “Este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser superior a 2,0, 4,0 y 4,8 ingresos mínimos mensuales, para el tramo B, C y D, respectivamente.”.

- Intercalar el siguiente inciso décimo segundo, nuevo:

“El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de otorgar todos los años, con cargo a su presupuesto institucional, al menos el mismo número de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios del tramo B, las que deberán ser practicadas dentro de la Red Asistencial de Salud.”.

- Sustituir en el inciso duodécimo, que pasó a ser décimo tercero, la referencia a la ley “N° 19.996”, por “N° 19.966”.

- Agregar el siguiente inciso final, nuevo:

“Este artículo tendrá una vigencia de dos años, a contar de la publicación de esta ley.”.

2) Sustituir, en el artículo primero transitorio, la expresión “décimo y undécimo”, por “undécimo y décimo sexto”.

3) Reemplazar, en el artículo segundo transitorio, la expresión “décimo y undécimo”, por “undécimo y décimo sexto”.

- - - - -

TEXTO DEL PROYECTO

En virtud del acuerdo consignado arriba, la Comisión de Salud propone aprobar en general y en particular el siguiente proyecto de ley:

“Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, el siguiente artículo 143 bis en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor:

“Artículo 143 bis.- Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro Catastrófico”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con el seguro, a través de la definición de “canastas de prestaciones prioritarias”, elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:

a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud.

b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población.

c) Un análisis de la oferta disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud por parte de los establecimientos de salud pertenecientes a Universidades y Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con los establecimientos públicos de cada una de las redes asistenciales del país; en subsidio, con establecimientos de salud pertenecientes a las Universidades del Estado o reconocidas por este; y a falta de oferta por parte de los anteriormente mencionados, con los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, acuerdos que considerarán el arancel obligatorio para el prestador y el copago máximo que deberá asumir el beneficiario, los que no podrán ser superiores a los establecidos en el arancel del Fondo Nacional de Salud para la modalidad de libre elección.

Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se encuentren en los tramos B, C y D, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación. Previo a la incorporación de los beneficiarios a esta cobertura financiera especial, el Director del Establecimiento de Salud, del Servicio de Salud o el Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien lo reemplace en el futuro, en su caso, deberán certificar la falta de oferta para realizar la prestación de salud en cada uno de sus ámbitos, la que se

presumirá en el evento que el plazo para realizarla exceda de los tiempos máximos de espera recomendados. Para estos efectos, el interesado podrá denunciar el incumplimiento de dicho plazo ante la autoridad que debía resolver el asunto, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 19.880.

Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:

1. Mediante un deducible, que soportará el beneficiario y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. **Este deducible no podrá ser superior a 1,6, 3,2 y 4,8 ingresos mínimos mensuales, para el tramo B, C y D, respectivamente.**

2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

3. Se establece un "gasto máximo anual por beneficiario" que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. **Este gasto máximo anual por beneficiario no podrá ser superior a 2,0, 4,0 y 4,8 ingresos mínimos mensuales para el tramo B, C y D, respectivamente.**

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia y por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El Fondo Nacional de Salud deberá adoptar las medidas para que los beneficiarios del tramo A accedan a las intervenciones y tratamientos contemplados en esta ley, lo que se materializará en la obligación de dicha institución de otorgar todos los años, con cargo a su presupuesto institucional, al menos el mismo número de prestaciones que se otorgue a los beneficiarios del tramo B, las que deberán ser practicadas dentro de la Red Asistencial de Salud.

El seguro de este artículo no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.

En el evento de que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de seis meses, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

La reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial “No Ges” y la capacidad instalada, en un plazo no superior a ocho años.

Este artículo tendrá una vigencia de dos años a contar de la publicación de esta ley.”.

Disposiciones transitorias

Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos **undécimo y décimo sexto** del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos **undécimo y décimo sexto** del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el plazo máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

Artículo tercero.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiese financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”.

- - - - -

Acordado en sesiones celebradas los días 21 de enero, con la asistencia de los Honorables Senadores señor Rabindranath Quinteros Lara (Presidente), señora Carolina Goic Boroovic y señores Francisco Chahuán Chahuán, José Durana Semir y Guido Girardi Lavín; 10 de marzo, con la asistencia de los Honorables Senadores señor Rabindranath Quinteros Lara (Presidente), señora Carolina Goic Boroovic y señores Francisco Chahuán Chahuán, Guido Girardi Lavín y Rafael Prohens Espinosa, y 12 de marzo, todas del año 2020, con la asistencia de los Honorables Senadores señor Rabindranath

Quinteros Lara (Presidente), señora Carolina Goic Borojevic y señores Francisco Chahuán Chahuán, José Durana Semir y Guido Girardi Lavín.

Valparaíso, 16 de marzo de 2020.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE CREA EL SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA.

(BOLETÍN Nº 12.662-11)

I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: El proyecto de ley propone crear un seguro de salud para la clase media que permita que las personas beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa), y que opten por ser atendidas en la modalidad de libre elección, tengan certeza sobre el límite máximo que deberán pagar en forma directa, como gasto de bolsillo adicional, en algunas prestaciones a determinar, luego de haber hecho uso de una prestación de salud.

II ACUERDOS: aprobado en general (unanimidad 5 x 0) y en particular (3x2).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de un artículo permanente y cuatro artículos transitorios.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: el proyecto es de quórum calificado, porque otorga un beneficio propio de la seguridad social.

V. URGENCIA: discusión inmediata.

VI. ORIGEN e INICIATIVA: iniciado en mensaje.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo trámite.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: 78 votos a favor, 58 votos en contra, 6 abstenciones.

IX. INICIO DE LA TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 05 de noviembre de 2019.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primer informe, en general y en particular.

XI. NORMAS QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- De la Constitución Política de la República, ordinales 9° y 18 del artículo 19.
- Decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
- Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- Ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

- - - - -

Valparaíso, 16 de marzo de 2020.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión