MODIFICA EL CÓDIGO SANITARIO PARA SANCIONAR AL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE MALICIOSAMENTE DERIVE O PROMUEVA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE DEL SECTOR PÚBLICO HACIA UNA MODALIDAD DE ATENCIÓN PRIVADA, EN DESMEDRO DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL

BOLETÍN Nº 13235-11

FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES

1. ***La sobrecarga del sistema público de salud como aliciente para buscar atención en el sector privado***

1.1. ***Modalidades de atención en el sistema público de salud***

Nuestro sistema de salud reconoce un sector público y un sector privado. En el primero, las personas y familias pagan una cotización obligatoria del 7% de la remuneración imponible al Fondo Nacional de Salud (FONASA), ente público que otorga coberturas a las atenciones y necesidades médicas de sus afiliados. Por su parte, en el sector privado, las personas son cotizantes de un seguro de salud ante una Institución de Salud Previsional (ISAPRE), la que, de conformidad a los detalles del respectivo "plan de salud" otorga coberturas, subvenciones y reembolsos por las atenciones que reciben los cotizantes.

En este panorama "bidimensional", el sector público de salud presenta una sobrecarga considerable. En efecto, según estadísticas oficiales de la Superintendencia de Salud[1], al año 2017 existían 3.393.805 beneficiarios del sistema Isapre, los que incluyen a los cotizantes propiamente tal y a sus cargas. Así, si según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ese mismo año se contabilizó un número de 17.373.831 personas en el país[2], es posible extraer que el sistema privado atiende a menos de un cuarto de la población nacional, encontrándose el gran universo de personas como dependientes del sistema público de salud, siendo en su gran mayoría cotizantes de FONASA (14.244.833 beneficiarios contabilizados al 2018[3])

Así las cosas, el sistema público de salud atiende a la población con menos recursos del país y también a aquella que se encuentra en una situación de vulnerabilidad, como lo son las distintas categorías de personas que no cotizan formalmente en FONASA, pero que también son atendidos en la red pública (tales como trabajadores informales, indigentes, extranjeros indocumentados, cotizantes del sector privado en un estado de emergencia vital de salud, entre otros)

---

1 Boletín Estadístico de la Superintendencia de Salud Año 2017. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3756.html

2 Nota de prensa del Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/08/31/segun-cifras-preliminares-del-censo-2017-poblacion-censada-en-chile-llega-a-17373831-personas

3 Presentación del Director Nacional del Fondo Nacional de Salud ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 23 de julio de 2019, p.9.

Para lo anterior, en el sistema público de salud se reconocen dos modalidades de atención. Primero, la *Modalidad de Atención Institucional*, que es aquella que reciben los pacientes en los centros de la red pública de salud, tales como Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), Servicio de Atención Pública (SAPU) y todos los hospitales públicos del país, de acuerdo con la reglamentación administrativa del sistema. Para proceder a concretar las coberturas de las atenciones en salud bajo esta modalidad, FONASA distingue 4 tramos de bonificación según la capacidad monetaria e ingreso de los cotizantes:

(a) En "FONASA TRAMO A" están todos aquellos que carecen de recursos para cotizar y no figuran como tales. Ellos no enteran copago alguno por atención en Modalidad Institucional.
(b) En "FONASA TRAMO B" están todos aquellos cotizantes con un ingreso inferior a $301.000.- mensuales. Tampoco enteran copago alguno por atención en Modalidad Institucional.
(c) En "FONASA TRAMO C" están todos aquellos cotizantes con un ingreso igual o superior a $301.001.-, pero inferior a $436.460.- mensuales. Ellos copagan un 10% de las atenciones recibidas.
(d) En "FONASA TRAMO D" están todos aquellos cotizantes con un ingreso igual o superior a $436.461.- Ellos copagan un 20% de las atenciones recibidas.

En segundo lugar, existe la *Modalidad de Libre Elección*, que es aquella que permite a los pacientes recibir atención en prestadores privados, eventualmente en convenio con FONASA, según el acceso que tengan los mismos pacientes. En esta modalidad la cobertura se entrega de conformidad a un arancel elaborado por FONASA, en que se establece un valor de referencia para la prestación y una cobertura fija de la misma según "niveles de atención": del 1 al 3 en relación con la complejidad y valores del servicio (ascendientes en su cobro)

Cabe consignar que los pacientes tramo A de Fonasa no tienen derecho a efectuar atenciones en *Modalidad Libre Elección*, ya que ellos no enteran cotización alguna en el sistema. Por su parte, los beneficiarios de los tramos B, C y D son 10.845.898 personas y todos ellos sí pueden recibir atención en modalidad libre.

Las coberturas que entrega FONASA en la *Modalidad de Libre Elección* son variables, dependiente del nivel y de la prestación, pero promedian alrededor del 50%[4] para consulta médica y son inferiores en prestaciones complejas, como cirugías y tratamientos hospitalarios, existiendo una cobertura inferior al 34% para intervenciones quirúrgicas y de alrededor de un 5% para la prestación de día de cama[5].

Finalmente, los cotizantes del sistema público pueden siempre atenderse como privados, absorbiendo el total de los costos de los servicios requeridos.

1.2 ***Distinciones entre ambas modalidades de atención***

4 Informativo del Fondo Nacional de Salud. Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos
5 Presentación del Director Nacional del Fondo Nacional de Salud ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 23 de julio de 2019, p. 5.

Las diferencias de atención en ambos regímenes son claras, puesto que la *Modalidad de Atención Institucional* cobra un arancel de referencia bajo, considerando además que los servicios prestados en dicha red son subvencionados por el Estado en cuanto a su funcionamiento y que la bonificación mínima es de un 80%. Por su parte, los prestadores privados, vale decir, médicos o centros de salud que atienden a pacientes FONASA, no están sujetos a un arancel, sino que a los eventuales instrumentos que hayan suscrito con el Fondo, pero en casi la totalidad de los casos cobran un valor mucho mayor por sus servicios. Asimismo, la bonificación que se percibe al recibir atención libremente con cobertura de FONASA (comprando un bono o solicitando un reembolso) es muy baja, bordeando el 50% del valor, como ya se indicó.

Con todo, la atención privada posee el carácter positivo de no estar sujeta a la sobrecarga del sistema público, por lo que casi no existen esperas para recibir una atención, sin importar su naturaleza (consulta médica, examen o cirugía, por ejemplo), lo que evidentemente contrasta con el sector público. En él, a junio de 2017, había una lista de espera de 278.749 solicitudes para intervención quirúrgica y de 1.636.777 solicitudes para consulta de especialidad, siendo la mediana de espera de 389 y 271 días, respectivamente[6].

En conclusión, la *Modalidad de Libre Elección* es entonces una herramienta positiva para desconcentrar el sistema público, posibilitando coberturas en el sector privado y permitiendo de paso una atención más rápida, pero presenta el gran problema de generar un costo mucho mayor para la persona, el que proviene directamente de su bolsillo atendido a que la bonificación de FONASA es muy baja y los costos del servicio son altos.

2. ***La necesidad de sancionar a aquellos médicos que privilegien maliciosamente la atención en modalidad de libre elección***.

Habiéndose señalado que la *Modalidad de atención de Libre Elección* es un mecanismo positivo para desconcentrar la red pública, es necesario constatar asimismo que, para los médicos y profesionales de la salud, puede provocarse un incentivo condenable al fomentar la atención por esta vía, que es la que finalmente les reporta mayores ganancias y un pago más expedito.

En efecto, muchos médicos y profesionales de la salud trabajan tanto en el sector público, como privado (de manera individual o adscritos a un centro privado de salud, mientras que al mismo tiempo pueden tener un contrato de trabajo en algún servicio público o bien prestar servicios licitados), por lo que les puede resultar interesante "captar" a aquellos pacientes que no reciben una atención oportuna en el sistema público.

En principio, lo anterior no es condenable si se trata efectivamente de desconcentrar la red pública, sugiriendo o promocionando los servicios privados que también pueden estar al alcance de los pacientes.

---

6 Documentos "*Temas de la Agenda Pública: La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro*" del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica, Año 12, N° 102, p. 5.

Lo negativo ocurre cuando lo anterior se hace de manera maliciosa, por ejemplo, señalando al paciente falsas expectativas sobre las listas de espera o indicándole también falsamente que, si no recibe atención a tiempo a través de una consulta privada, su estado de salud podría empeorar. Otra vía es la de ocultar convenios entre los prestadores privados y FONASA, con el objeto de compeler al paciente a pagar de manera directa y como particular la atención. Estos hechos van en directo desmedro del paciente, quien no está en condiciones homologas para rebatir o contrastar lo que señala un facultativo y son quienes terminan finalmente pagando un costo más alto por la atención.

Por lo dicho, se propone sancionar expresamente a los médicos y/o profesionales de la salud que incurran en esta práctica, de manera maliciosa, aplicándoseles una multa de 5 UTM, la que podrá ser aumentada al doble en caso de reincidencia.

IDEA MATRIZ

El presente proyecto modifica el Código Sanitario con el objeto de imponer una sanción administrativa y de naturaleza pecuniaria a aquellos profesionales de la salud que, maliciosamente, prefieran, fomenten o promocionen la modalidad de atención de libre elección en desmedro de la modalidad de atención institucional.

NORMATIVA LEGAL VIGENTE AFECTADA POR EL PROYECTO

Código Sanitario

PROYECTO DE LEY

ARTÍCULO ÚNICO: Agréguese un nuevo artículo 120 *bis* al Código Sanitario, del siguiente tenor:

"*Todos aquellos profesionales de la salud regidos por las disposiciones de este Código que, de manera maliciosa, prefieran, fomenten o promocionen la atención de un paciente mediante la modalidad de atención de libre elección, en desmedro de la modalidad de atención institucional, serán sancionados con una multa pecuniaria de 5 UTM, la que podrá aumentarse al doble en caso de reincidencia*.

Sin que la siguiente descripción sea taxativa, se entenderá de manera especial que existe preferencia, fomento o promoción maliciosa de la modalidad de atención de libre elección cuando el profesional de la salud indujere al paciente a recibir atención bajo dicha modalidad, aportándole información falsa en relación con el estado de avance y espera en la modalidad de atención institucional o bien ocultando la existencia de convenios entre un prestador privado personal o institucional y el Fondo Nacional de Salud.

La sustanciación y aplicación de la multa se realizará de conformidad a lo dispuesto en el Título II del Libro X del presente Código"

_____

PABLO PRIETO LORCA

Diputado