

Minuta análisis listas de espera BCN

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

El presente documento es un resumen y análisis del informe de asesoría técnica parlamentaria elaborado por profesionales de la BCN a requerimiento de la comisión de salud. Tal informe revisa los resultados de 4 auditorías a los **egresos de las Listas de Espera** que ha realizado recientemente la Contraloría General de la República (CGR) a los siguientes establecimientos de las regiones nombradas.

Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán	Antofagasta
Hospital Regional Dr. César Garavagno Burotto	Maule
Hospital Regional de Franco Ravera Zunino	O'Higgins
Hospital Regional Doctor Hernán Henríquez Aravena	Araucanía

Cabe mencionar que la solicitud senatorial requería información sobre los hospitales bases y autogestionados de cada región, con el fin de investigar eventuales irregularidades respecto a los egresos e ingresos de las listas de espera. El periodo analizado fue entre el 1 de enero de 2023 al 31 de marzo de 2024. Cabe consignar que en la actualidad solo los cuatro hospitales mencionados tienen un informe final del cual dar cuenta.¹

Es importante recordar que, en términos generales, el MINSAL concibe la lista de espera como "(...) aquella lista de enfermos a los que el médico u otro profesional habilitado ha indicado una intervención de cualquier tipo y que, por razones ajenas a la voluntad del enfermo, tienen que esperar para ser atendidos" (MINSAL, 2023).

Así, las listas de espera se pueden clasificar de la siguiente forma:

Lista de espera para prestaciones quirúrgicas NO GES (SIGTE)	Incumplimiento de Garantías de Oportunidad patologías GES quirúrgicas (SIGGES)
Lista de espera para prestaciones NO GES y NO quirúrgica (SIGTE)	Incumplimiento de Garantía de Oportunidad patologías GES NO quirúrgicas (SIGGES)

El enfoque del informe de la BCN está puesto sobre las listas de espera **NO GES**, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas (o también nombradas como de nueva especialidad).

¹ Al parecer, en los demás hospitales bases o autogestionados aún no concluyen las auditorías correspondientes. El documento de la BCN nombra otros 7 preinformes de respuesta de contraloría, pero aún así faltan algunos como los de Valdivia, Concepción o Aysén. Sería interesante consultar respecto del estado de tales auditorías solicitadas.

Los objetivos de la asesoría técnica se pueden resumir en los siguientes 2 apartados:

- 1) Comprobar si alguno de los Hospitales efectuó egresos masivos de interconsultas desde su sistema local. Constatar la coherencia de este último con el ingreso a la lista de espera informada en SIGTE.
- 2) Verificar si los hospitales cumplieron con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en el egreso de registros conforme a las causales definidas para dicho efecto, quedando adecuadamente documentadas y registradas.

Al respecto, cabe señalar que, en cuanto a las causales salidas o egresos de las listas de espera, en el Manual de Procesos de Registro de Lista de Espera (MINSAL, 2013), se diferencian dos tipos de salidas:

- Las **salidas médicas**: corresponden a los egresos determinados por una decisión de un médico, dentista o profesional validado, debiendo estar acreditadas mediante los formatos correspondientes.²

- Las **salidas administrativas**: corresponden a los egresos determinados por personal administrativo u otro autorizado.³

Respecto de los motivos específicos para egresos de listas de espera, el documento presenta un total de 22 causales codificadas. Llama la atención el código 20, pues indica “postergación”.⁴

Se debe tener presente que toda la información que sustenta el egreso de la lista de espera No GES, asociada a cada causal, **debe ser publicada en** el Repositorio Nacional del Ministerio de Salud, actual **Sistema de Gestión de Tiempos de Espera, SIGTE**. Sin embargo, **cada hospital posee un sistema de registro interno**, que por diversas razones administrativas hace que ambas fuentes de datos no sean equivalentes.⁵

² Incluye causales como Patología GES, Atención realizada, y otras.

³ Incluye causales como la atención otorgada en extra sistema, cambio de asegurador, renuncia del usuario, inasistencias, fallecimiento y otras.

⁴ Consultar sobre tal definición si no es aclarada durante la presentación

⁵ Esto evidencia el problema y refuerza positivamente la recomendación dada en prensa sobre unificar las listas de espera en radiorevelaciónfm.

Tal situación es alarmante, pues no solo se hace un doble trabajo, lo cual es ineficiente, sino que también se presentan inconsistencias entre ambos sistemas de registro.

Resultados

Al contrastar los resultados de las auditorías de los cuatro hospitales que cuentan con informes finales de las Contralorías Regionales, con los objetivos planteados relativos al registro de los ingresos y egresos a las listas de espera de atenciones NO GES, solo el **Hospital Regional de Talca** presenta **egresos masivos** e inusuales en 3 fechas específicas: 5 de abril, 8 de mayo y 11 de julio (2024) con el objetivo de regularizar la Lista de Espera de procedimientos, SIGTE.

Por otro lado, respecto de la verificación del cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, y en consideración a que todos los hospitales tienen sistemas de gestión de listas de espera paralelos al SIGTE, se observa lo siguiente en términos generales:

- a) No se aviene con los principios de **control, eficiencia y eficacia** establecidos en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado (LOCBGAE)
- b) No se ajusta a la la resolución exenta N°1.962, de 2022 de la Contraloría General de la República
- c) No se ajusta a lo establecido en el capítulo VII, denominado Interoperabilidad, de la norma técnica N°118, de 2011, sobre Registro de las Listas de Espera de la SUBREDES.
- d) Tampoco cumple con el artículo 16 bis de la ley N° 19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado-principios generales relativos a los medios electrónicos-entre ellos, el **principio de interoperabilidad**,
- e) Transgrede el Manual de Procesos de Registro de Lista de Espera No GES, aprobado mediante resolución exenta N° 662, de 2013, de la SUBREDES.

Tales observaciones se hacen aún cuando la asesoría técnica parlamentaria subraya que los informes de las auditorías no son comparables entre sí por presentar metodologías muy distintas.

Por otro lado, es necesario destacar que cada contraloría regional indicó diversas medidas con plazos establecidos a cada uno de los hospitales auditados, dentro de lo cual destaca que el hospital de Talca es el que recibió la mayor cantidad de observaciones.

Finalmente, el siguiente cuadro elaborado por la BCN resume las observaciones realizadas por las Contralorías Regionales a los hospitales fiscalizados:

Observaciones específicas:	
<p>400/2024 Hospital Regional Doctor Leonardo Guzmán, Antofagasta</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Causales de egreso sin antecedentes de respaldo o con errores entre la fecha de prestación o de registro, en la causal invocada o en su documentación. · Egresos cuya causal descrita en el sistema no se encuentra justificada. · Egresos por causal de fallecimiento que presentan errores en la causal aludida o con errores en la fecha consignada. · Inconsistencia entre lo declarado en el sistema para egreso de pacientes y lo verificado con las personas aludidas.
<p>428/2024 Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, La Araucanía</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Casos no ingresados al SIGTE, que permanecen en una categoría en sistema local denominada “en preparación”. · Pacientes egresados con inconsistencias como registro de hora de atención, causal de fallecimiento con errores en fecha o en causas, y otras incongruencias similares. · Ausencia de información de respaldo de los egresos. · Atención a personas fallecidas. · Personas egresadas como fallecidas sin estarlo en la fecha del registro.
<p>439/2024 Hospital Dr. César Garavagno Burotto, Maule</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Egresos masivos e inusuales en tres fechas específicas. · Pacientes egresados sin identificación en el Registro Civil e Identificación. · Pacientes egresados con inconsistencias como registro de hora de atención, causal de fallecimiento con errores en fecha o en causas, y otras incongruencias similares. · Atención a personas fallecidas. · Problemas en el procedimiento para contactar a pacientes.
<p>377/2024 Hospital Doctor Franco Ravena Zunino, O’Higgins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Clasificación errónea de prestaciones. · Errores en el registro de la fecha de egreso del sistema. · Errores en clasificación de la causal de salida. · Causal de egreso con atenciones no registradas en la ficha clínica de los pacientes.

Martes 24 de septiembre de 2024

MINUTA DE PROYECTO DE LEY “ALTO EN”

Senadora: Ximena Órdenes

Asesor Pablo Flores

Modifica la ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, con el objeto de restringir la venta y publicidad de determinados alimentos en un radio cercano a establecimientos educacionales.

Boletín N° 16660-11.

Origen: moción de senadores Castro, González, Órdenes, Provoste y Latorre.

Estado: Primer trámite constitucional. Ingreso el 13 de marzo de 2024.

Resumen: El presente proyecto regula la comercialización de alimentos altos en calorías, grasas, azúcares y sodio alrededor de los establecimientos escolares de nivel prebásico, básico y medio. Se propone restringir la venta y publicidad de determinados alimentos a no menos de 100 metros de distancia lineal de los accesos a establecimientos educacionales.

Fundamentos

La UNICEF ha señalado que existe una malnutrición por exceso en niños y adolescentes¹.

La Organización Mundial de Salud (OMS) declaró en el 2016 que la obesidad infantil es un factor predictivo importante de la obesidad en la edad adulta.

El sobrepeso y la obesidad están estrechamente relacionadas con problemas de salud y condiciones mentales durante la infancia y adultez.

La obesidad se deriva de una conjunción de factores destacándose el entorno obeso-génico. Este último, consiste en la exposición del niño a un entorno malsano desde el ámbito alimentario.

Proceso de cambio en la alimentación de los chilenos y chilenas, pues se ha incrementado el consumo de alimentos procesados, de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y las bebidas azucaradas.

La OMS declara que es una paradoja educar a los NNA e inculcarles comportamientos sanos y a la vez permitir la venta o comercialización de bebidas y alimentos inadecuados en el entorno escolar.

La OMS ha recomendado entre otras acciones: reducir la exposición de los niños a estos productos, generar ambientes de alimentación sana para niños y adolescentes, y eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos no saludables, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

¹ UNICEF (2023) Crece la ola de sobrepeso en la niñez ¿Demasiado tarde para revertir la marea en América Latina y el Caribe?

La Ley N° 20.606 (que es modificada por el presente PDL) restringe la venta y publicidad de alimentos, pero solamente al interior de los establecimientos escolares y no en el entorno escolar integralmente.

Algunos Municipios han desarrollado acciones y ordenanzas municipales que prohíben la venta de alimentos poco saludables en un perímetro de 100 metros alrededor de los establecimientos escolares.

Existen compromisos de las autoridades en orden a avanzar en esta materia, tales como la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y el Foro mundial de alcaldes.

Esta política pública protege especialmente a los niños, niñas y adolescentes en su entorno escolar, fomentando y facilitando una alimentación saludable

PROYECTO DE LEY:

Artículo único.- Reemplácese el punto aparte del inciso primero del artículo sexto de la Ley N° 20.606 por una coma (,) y agrégase, a continuación, la siguiente frase: "ni en locales establecidos, kioscos o carros móviles o ambulantes ubicados a 100 metros de distancia lineal de los accesos a dichos establecimientos. Asimismo, no se podrán publicitar estos alimentos a una distancia menor a 100 metros de los accesos a dichos establecimientos"

Artículo transitorio.- Se deberá dar cumplimiento y ejecutar las materias a las que se refiere esta ley, en el plazo de un año a contar de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

COMENTARIOS

Se trata de un PDL que se encuentra debidamente fundamentado y ataca un problema relevante tanto en Santiago como en regiones. Se trata de un PDL que impacta en la venta de productos de parte de locales y establecimientos cercanos a 100 metros de establecimientos escolares. Sería apropiado contar con un catastro de los establecimientos afectados en sus ingresos con esta medida. Sin perjuicio de ello, el PDL parece apropiado y necesario considerando la gravedad de las cifras y de la obesidad como enfermedad en expansión.

27 de agosto 2024

DE: Pablo Flores

PARA: Ximena Órdenes

MINUTA INDICACIONES ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

Autores: Sen. Chahuán - Quintana ExSen. Walker - Rossi - Uriarte

La presente minuta tiene por objeto el análisis y comentario de las indicaciones presentadas por el Ejecutivo para el proyecto de ley de enfermedades raras y poco frecuentes. Tal proyecto de ley fue ingresado en el año 2011, y el senador Chahuán muestra bastante interés en él.

Análisis y comentarios generales:

Primero que todo, conviene valorar las indicaciones presentadas por el Ejecutivo. Más allá de las críticas u observaciones que se les pueda hacer a las indicaciones, estas vienen a patrocinar una moción que ha pasado por una larga tramitación para ver la luz al final.

Las indicaciones actúan de manera general sobre el proyecto que salió del Senado, modificando algunas normas, eliminando otras y agregando normas nuevas.

Según ha señalado el Ejecutivo, las indicaciones presentadas tienen por objeto definir la ley como un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas relacionadas con las enfermedades poco frecuentes.

En términos generales, las indicaciones no representan un cambio o avance profundo en esta materia y el presupuesto asignado para la implementación de este proyecto es bajo, pero sí se puede afirmar que el proyecto de ley con estas indicaciones es un punto de partida para en el futuro avanzar y profundizar en una legislación y políticas públicas que den solución a las personas que padecen EPOF y a sus familiares.

Lamentablemente, las personas que padecen estas enfermedades no pueden esperar y necesitan respuesta a sus problemáticas de manera rápida y urgente. Basta con mencionar el caso Tomás, donde él y su familia se enfrentaron a una situación sumamente difícil y angustiante, de no poder brindar a su hijo el tratamiento que necesitaba, y donde, el Estado no estuvo presente para garantizar el derecho a la salud de este niño.

En esta ocasión, si bien las indicaciones parecen insuficientes y quisiéramos ver mayores cambios, no se puede rechazar la creación de un Registro de Personas con EPOF ni la regulación de una Comisión Técnica Asesora en estas materias que permitirá la creación e implementación de políticas públicas en esta materia que de verdad puedan dar solución a las personas con EPOF, que mayormente se ven aquejadas por problemas de financiamiento de los tratamientos.

Contenido de las indicaciones:

A modo sintético, en las indicaciones se **eliminan** importantes medidas contenidas en la moción parlamentaria, entre las cuales destacan: la creación de un **Plan Nacional** de Enfermedades Raras, Poco Frecuentes, Huérfanas y de Diagnóstico Complejo; y **Comisión Nacional** de Enfermedades Raras, Poco Frecuentes, Huérfanas y de Diagnóstico Complejo.

En suma, el PDL crea un registro de personas con EPOF y una comisión técnica asesora en la materia. Estas medidas resultan ser muy inferiores a lo que se estaba proponiendo en la moción parlamentaria, siendo insuficiente para dar solución a la problemática en cuestión.

Las indicaciones contemplan **cambios** en cuanto a:

- a. **Modifica el concepto de enfermedad poco frecuente** estableciendo que es aquella que tiene una prevalencia menor a 1 caso por cada 2.000 habitantes.
- b. **Crea una Comisión Técnica Asesora** sobre enfermedades raras o huérfanas que proporcionará asesoría experta al Ministerio de Salud respecto del análisis, evaluación y revisión de dichas materias. Estará conformada por:
 - i. Referentes en el abordaje y tratamiento de estas enfermedades.
 - ii. Representantes de organizaciones de la sociedad civil.
 - iii. Representantes de entidades académicas.
 - iv. Representantes de instituciones públicas de salud.Organización, atribuciones y funcionamiento serán establecidas mediante resolución del MINSAL.
- c. **Crea un listado de enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas** a cargo del Ministerio de Salud, de acuerdo a la prevalencia de las mismas, que tendrá una vigencia de tres años.
- d. Se propone que el Ministerio de Salud genere un **Registro Nacional de Personas con Enfermedades Poco Frecuentes, Raras o Huérfanas**¹, que contendrá, a lo menos, la nómina de personas que viven con estas enfermedades y su diagnóstico. Esto permitirá informar del acceso a las prestaciones de salud a las que pueden acceder estas personas, además de recopilar datos para fines estadísticos y de estudios, según lo determine la autoridad sanitaria.
- e. **Elimina definición de medicamento huérfano** y a patrocinante, solicitante o requirente. La justificación que se da es que está contenido en Resolución Exenta N° 411 del 28/02/2015 del Instituto de Salud Pública: Aprueba Recomendaciones para el registro sanitario de medicamentos huérfanos.

¹ Actualmente, no es posible conocer la prevalencia exacta de EPOF en Chile, debido a que no se cuenta con un registro que dé cuenta del número de personas afectadas con aquellos diagnósticos. Su existencia permitiría estimar la carga de enfermedad, costos, hacer proyecciones de incidencias, planificar políticas públicas, entre otros.

- f. **Elimina, del proyecto de ley, el Plan Nacional de Enfermedades Raras, Poco Frecuentes, Huérfanas y de Diagnóstico Complejo.** Se justifica en que debido a que objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores se encuentran contenidos en el quehacer de la Oficina Nacional de Condiciones Crónicas Complejas y Enfermedades Poco Frecuentes (RE N°902 26/07/2023 MINSAL).
- g. **Elimina la Comisión Nacional de EPOF.** El ejecutivo sostiene que ya existe una Comisión técnica asesora desde el año 2012, que se estableció por resolución y ahora pasaría a tener rango legal.

Efectos Presupuestarios:

El efecto en el presupuesto fiscal de las indicaciones del Ejecutivo asciende a un mayor gasto fiscal de 30 millones, en particular para la implementación del Registro Nacional de Personas con Enfermedades Poco Frecuentes, Raras o Huérfanas.

El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud.

En este punto, surgen cuestionamientos sobre la poca destinación de fondos que existe, siendo únicamente 30 millones para la implementación del registro. El resto de medidas no implican mayor gasto, ya que se encuentran implementadas, pues ya existe una comisión técnica asesora y no se implementará el Plan Nacional.

Proyecto de ley original:

En su origen, esta iniciativa buscaba solucionar la situación de las personas con enfermedades raras o poco frecuentes definiendo estas patologías, otorgando protecciones especiales a las personas diagnosticadas, definiendo un nuevo mecanismo de comercialización de los llamados “productos médicos huérfanos”, estableciendo registros públicos de enfermedades y promoviendo la asociación de pacientes. Adicionalmente, establecía un Plan Nacional de Enfermedades Raras, Poco Frecuentes, Huérfanas y de Diagnóstico Complejo y una Comisión (Asesora) Nacional homónima, cuya integración y funcionamiento es entregada al MINSAL.

Entre las principales medidas impulsadas en el PDL original se encuentra:

1. **Crear un Plan Nacional de Enfermedades Raras, Poco Frecuentes, Huérfanas y de Diagnóstico Complejo.** Este **se elimina en las indicaciones**, debido a que objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores se encuentran contenidos en el quehacer de la Oficina Nacional de Condiciones Crónicas Complejas y Enfermedades Poco Frecuentes (RE N°902 26/07/2023 MINSAL).
2. **Crear un registro público de enfermedades.** **Se mantiene en las indicaciones.**
3. **Crear una Comisión Nacional de EPOF.** Esta **comisión es eliminada en las indicaciones del ejecutivo**, pero se propone crear una Comisión Técnica Asesora. Al efecto, el año 2021 se creó una comisión técnica asesora que ha sufrido diversas modificaciones hasta la fecha. Además, había una mesa de trabajo para el abordaje

para enfermedades poco frecuentes, incluyendo en sus integrantes a representantes de agrupaciones de pacientes y del sector salud.

Actualmente, la propuesta del Ejecutivo es actualizar la comisión para crear una que incluya a todos los involucrados: sector salud, agrupaciones de pacientes y academia.

- ***La recomendación es votar a favor de las modificaciones propuestas por el ejecutivo, pues van orientadas a compatibilizar las medidas del PDL original con lo que ya se realiza desde el MINSAL a propósito del tema. Por otro lado, se observa un apoyo por parte de la Federación de Enfermedades Poco Frecuentes, la cual agrupa a 24 organizaciones sociales que tratan sobre la temática, hacia la propuesta del ejecutivo, por lo cual no habría motivo para rechazar ninguna de las indicaciones.***
- ***Es menester destacar que al aprobar la última indicación (n°13) se puede hacer la salvedad o comentario de que se aprueba, pero se insta a que en el corto plazo se busquen medidas para financiar de mejor manera el acceso a medicamentos específicos de alto costo para las EPOF***

Martes 10 de septiembre 2024

Martes 24 de septiembre 2024

Ley Integral de Salud Mental

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

El PDL fue presentado por el ministerio en sesiones anteriores, había sido invitado el colegio médico, pero no pudo asistir, por lo cual asiste hoy a presentar sus apreciaciones al mismo.

**Boletín N° 17003-11.
Iniciativa en el ejecutivo.**

Resumen de contenido y actuación del PDL

De acuerdo con el mensaje presidencial 145-362, el proyecto modifica los siguientes (5) cuerpos legales:

Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental **2021**¹

Código Sanitario **1967***

Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud **2012***

Ley N°18.600 Establece Normas Sobre Deficientes Mentales **1987***

Ley N° 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas **2004***

Por otro lado, acorde al Informe Financiero (IF) se introducen modificaciones a al menos 6 ministerios, el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, las Corporaciones Judiciales y las Fuerzas de Orden y Seguridad Públicas.

Las modificaciones antes mencionadas apuntan a

Ministerios implicados:

1. Salud
2. Educación
3. Trabajo y Previsión Social
4. Vivienda y Urbanismo
5. Desarrollo Social y Familia
6. Justicia y DD.HH
7. Ministerio encargado de la Seguridad Pública (en trámite).

El mismo documento señala que el proyecto en general contempla la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. Tal política será creada por un comité interministerial e irrogará un gasto de M\$2.865.872 en su implementación, lo cual incluye la creación de cargos públicos en las instituciones antes mencionadas para su ejecución.

De acuerdo con el mensaje presidencial, el PDL puede ser resumido en los siguientes puntos:

¹ Son los años de aprobación o publicación de tales cuerpos legales

1. Resguardo de la salud mental de la población

Busca promover y proteger la salud mental y bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y los Tratados Internacionales suscritos por Chile.

2. Principios transversales de protección a la salud mental

Se reconoce que el principio rector en la aplicación e interpretación de la presente ley son los derechos fundamentales de las personas. Además, se establece que aplicarán los principios consagrados en el artículo 3 de la ley N° 21.331 y los principios de cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación y diálogo social y trato paritario, consagrados en el artículo 3 del proyecto de ley.

3. Acciones del Estado y sus organismos para la promoción y protección de la salud mental

Se establecen deberes generales del Estado para promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población; y la inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental. Además, se incorporan medidas intersectoriales de promoción y protección de la salud mental en diversos sectores, estableciendo deberes específicos para los Ministerios implicados.

4. Cuidados de salud mental de tipo sanitario y sociosanitario

Se reconoce que los cuidados de salud mental pueden ser de tipo **sanitario o sociosanitario**. Mientras que los primeros se proveen en servicios ambulatorios u hospitalarios integrados a la Red Nacional de los Servicios de Salud, los segundos se otorgan en **residencias sociosanitarias** que brindan cuidados en salud mental.

Respecto de estas últimas, el PDL incorpora la exigencia de requisitos mínimos para su instalación y funcionamiento, los que serán determinados tanto por el Ministerio de Salud, como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

5. Derecho a la atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial (CAJ)

Para las personas con discapacidad psíquica o intelectual en los procedimientos relacionados con el ejercicio de sus derechos y en los procedimientos ante Tribunales de Familia por hospitalización involuntaria.

6. Nueva institucionalidad destinada a promover y proteger la salud mental

Para crear las condiciones necesarias de protección y promoción de la salud mental, se crea un marco institucional compuesto por:

(i) **La Política Nacional de Salud Mental**, que contendrá un diagnóstico de la población y establecerá los objetivos y lineamientos que deberá seguir el Estado para

la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

(ii) **El Plan de Acción Interministerial de Salud Mental**, que contendrá las acciones específicas que los órganos del Estado deberán ejecutar para dar cumplimiento a los objetivos y lineamientos establecidos en la Política.

(iii) **El Comité Interministerial de Salud Mental**, cuya función principal será elaborar la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción, y estará integrado por diez Ministerios, siendo presidido por el Ministro o Ministra de Salud.

Asimismo, se perfecciona la regulación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y sus Comisiones Regionales, que pasan a denominarse Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, respectivamente. En particular, se delimitan sus funciones, aclarando que **a la Comisión Nacional le corresponde asesorar a la autoridad y a las Comisiones Regionales otorgar atención y orientación a las personas usuarias.**

7. Atributos especiales de los servicios asistenciales de salud mental

Se establece que los cuidados de salud mental deberán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, teniendo especial consideración las características de cada territorio y su población.

Del mismo modo, se preceptúa que el Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para el cuidado de la salud mental en todas las etapas de la vida. En este contexto, se reconocen para los distintos niveles de atención, los atributos y características con que deben contar los servicios asistenciales de salud mental, los que se regirán por las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

8. Reforzamiento del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de salud mental

Se introducen modificaciones legales que buscan reforzar el derecho de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental a decidir en aspectos relacionados con su salud. En este sentido:

(i) Se perfeccionan las reglas sobre el consentimiento libre e informado, contenidas en la ley N° 21.331.

(ii) Se suprimen las reglas de curaduría provisoria de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos contenidas en el Código Sanitario.

(iii) Se elimina la calidad de reservado de los libros, fichas clínicas y documentos que se encuentren en los establecimientos psiquiátricos.

(iv) Se suprime la posibilidad de aplicar tratamientos invasivos o irreversibles sin el consentimiento de la persona, pero con el informe favorable del comité de ética.

9. Sistematización de las normas sobre hospitalización psiquiátrica

Con el objeto de otorgar mayor claridad a los operadores del sistema, se sistematizan las normas sobre hospitalización psiquiátrica que, actualmente, se encuentran distribuidas tanto en la ley N° 21.331, como en el Código Sanitario. Además, se eliminan las normas sobre hospitalización psiquiátrica contenidas en la ley N° 19.925.

10. Plan de Desinstitucionalización

Complementando los avances incorporados por la ley N° 21.331, se establece que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia elaborarán un Plan de Desinstitucionalización que tendrá por objeto diseñar el proceso de cierre o transformación de los establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental, de manera de garantizar el derecho a la vida independiente y en comunidad de las personas. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud contendrá las reglas que regularán dichos procesos.

11. Facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud

Se aclara que la Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento de la ley N° 21.331, en los mismos términos que los señalados en la ley N° 20.584.

12. Actualización de la ley N° 18.660

Se modifica el nombre de la ley N° 18.660 y se suprimen algunos artículos por considerar que se utiliza términos obsoletos y discriminatorios. Además, se adecúa la definición de “persona con discapacidad” y la manera de calificarla y acreditarla, haciéndola concordante con la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Comentarios

De acuerdo con el [Termómetro de salud mental de la Universidad Católica, uno de cada cuatro chilenos presenta síntomas de ansiedad](#), un 25% de la población chilena presenta síntomas de ansiedad.

De acuerdo con los datos del estudio, un 57,1% de quienes reportaron síntomas de ansiedad manifestaron haber tenido necesidad de consultar a un profesional de salud mental en el último año. Un 44% logró realizar esa consulta en los últimos doce meses y actualmente el 23% se encuentra en tratamiento.

El mismo estudio informa que el 13.1% de los consultados reporta síntomas de depresión. Por otro lado, de acuerdo con la OMS, la tasa de enfermedades mentales en Chile es de 23,6%, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud al 2022.

El proyecto se observa en general como un cambio al sistema en su conjunto al intentar equiparar la salud mental con la física en cuanto a su relevancia. Su perspectiva integral es sumamente relevante, pues el problema público se aborda transversalmente.

La consideración estructural al decidir modificar todos los cuerpos legales que modifica asegura la multiplicidad de perspectivas, obligando a colaborar entre ellos no solo a los ministerios y servicios públicos mencionados, sino también al poder judicial en el ámbito de las personas inimputables que requieren atención de salud mental.

Por otro lado, la arista de las residencias sociosanitarias, es muy bien tratada de forma multidisciplinaria, dado que quienes son asistidos en tales residencias por lo general no sólo requieren atención en salud, sino también una colaboración importante a nivel social para su reinserción.

El proyecto también apunta a disminuir la estigmatización de las personas con problemas de salud mental y toma en cuenta la demencia senil dentro de sus objetivos, abriendo el camino hacia la creación de establecimientos públicos asilares, dado que actualmente no existen en el país.

Invitados a la sesión:

Colegio Médico

Tiene por objeto promover el perfeccionamiento, la protección, el desarrollo y la racionalización de la profesión de médico-cirujano. Actualmente es presidido por Ana María Arriagada -hija del exministro DC Genaro Arriagada- quien participó en el Colegio Regional Santiago como consejera desde 2018 y como tesorera desde 2020. Lo que más se destaca de ella es que genera simpatía de manera transversal, incluso en los sectores de derecha del gremio y que, a diferencia de Izkia Siches, no tiene un perfil político marcado, sino más gremial.

Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Es un programa académico de la universidad cuyo objetivo es desarrollar iniciativas docentes, de investigación y de extensión en el campo de la Salud Mental, con énfasis en el apoyo al diseño y desarrollo de políticas, programas y servicios comunitarios, tanto a nivel nacional como internacional.

Martes 10/09/24

Minuta PDL agua potable para clientes de establecimiento de venta de alimentos

Senadora Ximena Órdenes

Asesor Pablo Flores

Modifica el Código Sanitario, con el objeto de exigir a los establecimientos de venta de alimentos que señala, que proporcionen agua potable a sus clientes de manera gratuita.

Boletín N° 16.588-11

Moción: Gatica, Órdenes, Castro González, Gahona y Kusanovic.

Estado: primer trámite constitucional.

Resumen:

Los establecimientos destinados a la venta de alimentos deberán proporcionar agua potable a sus clientes de forma:

- Gratuito
- Sin requerimiento previo
- Cantidad suficiente
- De forma complementaria a la oferta del local

Fundamentos

Se ofrecen beneficios de consumir agua y efectos nocivos de no hacerlo:

Beneficios de consumir agua:

El agua desempeña un papel fundamental en funciones biológicas vitales, como la regulación térmica, el transporte de nutrientes, la eliminación de desechos, la hidratación, lubricación de articulaciones y participación en reacciones químicas. Su adecuada ingesta es crucial para mantener la salud y el funcionamiento óptimo del cuerpo.

Efectos perjudiciales de no consumir agua:

La falta de ingesta adecuada de agua puede conducir a la deshidratación, impactando negativamente la salud renal, la función cognitiva y el rendimiento físico

Contenido de la norma

Se añade un artículo único:

Añadese el Art. 103 bis del Código Sanitario:

Los locales destinados a la venta de alimentos para su consumo dentro del establecimiento deberán proporcionar a sus clientes, sin previo requerimiento, agua potable en cantidad suficiente. La entrega de agua deberá ser gratuita y complementaria a la oferta del establecimiento.

Comentarios:

A favor del proyecto de ley que busca generar el deber en los establecimientos y locales de venta de comida de servir agua potable a sus clientes. El agua es un recurso esencial para la vida de las personas. La deshidratación es un problema común y esta medida favorece el consumo de agua y la hidratación de las personas. La hidratación tiene sus beneficios y la deshidratación tiene sus desventajas como se comenta en esta minuta. La medida no incurre en mayores gastos para el Estado y tampoco genera costos excesivos en los locales.

Comisión de salud.

30 de marzo: se aprobó en general.

27 de agosto 2024

Presentación Expertos Salud

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

El presente documento es para contextualizar la presentación en comisión de salud por parte de los expertos que han estado discutiendo la reforma de salud.

Asisten regularmente a las sesiones:

- Emilio Santelices (Presidente)
- Cristián Baeza
- Lorena Rodríguez
- Carolina Velasco
- Marco Antonio Núñez
- Fernando Araos
- Álvaro Erazo

Temas centrales:

- Se aborda la reforma de salud desde una perspectiva institucional poniendo como eje central la Atención Primaria en Salud (APS)
- Funciones y atribuciones de una Dirección General de Salud (DGS)
- Discusión en torno a la composición del Directorio de FONASA, evaluando el nivel de incidencia del gobierno en el mismo
- Cargos de Alta Dirección Pública (ADP) en la Red de Salud analizando la duración de los puestos
- Universalización de atención en salud, apuntando a la APS y la inclusión de todas las formas de previsión de salud en ello
- Integración público privada y sus condiciones, relevando su rol en la APS

De acuerdo con los documentos enviados desde el MINSAL la propuesta es:

Mejor Acceso a Salud:

- Garantizar la cobertura universal de la Atención Primaria de Salud (APS)

a. Reducción del uso del nivel secundario y terciario, es decir, impacto en las **listas y tiempos de espera:**

- Disminución mortalidad en hasta 85% en pacientes con multimorbilidad ¹
- Disminución en un 45% la probabilidad de hospitalización. ¹
- Disminución en un 19% de la necesidad de consultar especialista ¹

¹ Datos presentados en minuta proveniente de MINSAL (Julio 2024)

- Generar Condiciones de Vida Saludable y Modernización del sistema público

Más Seguridad Social:

- Reducción del Gasto de Bolsillo
- Seguridad social en salud. (Proyectos de Ley Corta. Oct. 2024)
- Regulación de Seguros Incapacidad Laboral (SIL) y Seguros Voluntarios de Salud (SVS).

Opinión y comentario.

El artículo 10° transitorio de la ley corta de ISAPRES (21.674) señala lo siguiente:

Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Falta hablar del tema de listas de espera ¿Qué es lo que propone la comisión asesora?

Tras una revisión de las actas, se constata que solo Fernando Araos ha puesto en discusión de forma textual el tema de las listas de espera en la comisión, sin encontrar respuestas a ello por parte de los demás integrantes.²

Pese a ello, la discusión plasmada en las actas permite deducir que los expertos comparten la idea de que fortalecer la APS contribuye a disminuir las listas de espera, lo cual es efectivo, en la medida que apunta a prevenir. A todas luces la salud preventiva debe ser el foco, pues anticipa la llegada a consultas de especialidad o intervenciones quirúrgicas, lo cual abulta las listas de espera.

Sobre este particular, cabe destacar el rol que tendrá el Sistema de Acceso Priorizado. Es necesario relevar la actuación de las instituciones privadas de salud. La población se atiende en el sistema privado con aportes de FONASA, y esto no solo ocurre a nivel de intervenciones para disminuir las listas de espera, sino también en consultas médicas generales.

Por otro lado datos de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad señalan que “Dadas las características de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile y las brechas detectadas en el marco de este estudio, la CNEP constató que el sistema sólo está siendo capaz de cubrir el 50% de las beneficiarios de FONASA, cuando las referencias sugieren coberturas sobre 65%. Esto significa que cerca de 2.5 millones de chilenos no están siendo atendidos por el sistema de salud primario.”³

² Propuesta de intervención: Es necesario que la comisión aborde de lleno el tema de las listas de espera, ustedes, que son los expertos, deben deliberar sobre el asunto para proponer soluciones inmediatas.

³ Propuesta de intervención: Si 2.5 millones de chilenos no están siendo atendido por la APS, esto quiere decir que los dineros de FONASA se están yendo a manos de los empresarios de la salud, en desmedro del fortalecimiento de la salud pública.

¿Y sobre FONASA?

Las actas muestran que el Fondo Nacional de Salud es el tema central. Considerando que Fonasa tiene al 81% de la población nacional, el 84% de las mujeres, un 94% de los mayores de 60 años y el 95% de la población extranjera, es notorio que está sobrepasado, pues tiene por lejos la mayor carga de población que más utiliza los servicios de salud.⁴

Dado lo anterior, se observan algunas propuestas que apuntan a fortalecer FONASA en relación a la APS, ya que las municipalidades manifiestan que atraer recursos del nivel central podría mejorar la atención de los CESFAM, CECOF, COSAM, PSR y SAPU, sobre todo en el entendido de que el financiamiento de tales establecimientos es per cápita, vale decir, se les entrega un presupuesto acorde a la cantidad de personas inscritas.⁵

La evaluación de tal propuesta es positiva por parte de las asociaciones de municipalidades, y podría contribuir a disminuir las listas de espera ges y no ges, en la medida que fortalece la prevención en salud.

Además de lo anterior, es importante tomar en cuenta el rol de las instituciones privadas en cuanto a salud preventiva, es decir, considerar para la reforma el hecho de que dentro del otro 50% de los beneficiarios de FONASA, que no se atiende en la APS, una parte no suele atenderse hasta tener un problema grave, pero otra parte importante consulta de forma privada en medicina general, por lo cual es importante regular tales instituciones.

Por último, pero no menos importante, sería interesante acercar estas propuestas e información hacia educación. Es común que la gente no comprenda el sistema de salud no solo por su complejidad, sino porque su funcionamiento no está presente en los programas curriculares. Los colegios públicos no sólo no tienen enfermerías, sino que además, no enseñan a utilizar el sistema, y la forma de concientizar respecto del uso de la APS debe estar presente desde la primera infancia.

Lunes 02 de septiembre de 2024

⁴ Propuesta de intervención: Hoy en Chile tenemos al menos 1.5 millones de inmigrantes. Un 95% de ellos está en FONASA y llegan a nuestro país en busca de oportunidades, aumentan la tasa de natalidad y no tienen otra opción que el sistema de salud público. Debemos entregar las herramientas a nuestros trabajadores de la salud para atender teniendo en cuenta los factores culturales.

⁵Propuesta de intervención: La diferencia de presupuestos entre municipalidades es abismante, si continuamos con este sistema, se perpetúa el mal servicio en sectores pobres y la atención digna queda solo en Providencia, Las Condes y Vitacura, que son los que aportan el Fondo Común Municipal

Minuta Superintendencia - Ley Corta de Isapres

Senadora Ximena Órdenes N
Asesor Pablo Flores U

La **ley corta de isapres** modifica el decreto con fuerza de Ley nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las siguientes materias: **crea un nuevo modelo de atención en el fondo nacional de salud (MCC)**, otorga **mayores facultades a la Superintendencia de Salud (SIS) para fiscalizar el pago de la deuda** de las isapres con sus afiliados por el **cobro indebido de cotizaciones**, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional con el mismo fin. Fue **publicada el 24 de mayo** recién pasado.

El fundamento principal de esta ley es mitigar los efectos del fallo de la Excelentísima Corte Suprema para **evitar el colapso del sistema de salud** y dar viabilidad al asunto, vale decir, que las ISAPREs puedan pagar las deudas sin quebrar.

Expone: Víctor Marcelo Torres Jeldes, médico cirujano y académico chileno, militante DC, y líder del progresismo en tal partido. Superintendente de Salud desde abril de 2022

De acuerdo con lo publicado en página del Senado a principios de junio, ya se constituyó el **Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud** establecido por la ley corta. Considerar que este **consejo no es vinculante**. Al respecto, este quedó compuesto por:

- **Paula Benavides** es economista, ingeniera comercial y magíster en Economía Aplicada de la Universidad Católica de Chile. Fue presidenta ejecutiva del centro de estudios Espacio Público y se desempeñó en distintos cargos del Ministerio de Hacienda desde 1999.
- **César Cárcamo** es médico de la Universidad de Chile y cuenta con especialidades. Se ha desempeñado en diversas clínicas, entre ellas, la Clínica Dávila. Es jefe del Departamento de Medicina Privada del Colegio Médico y se desempeña como académico en distintas universidades.
- **Patricio Fernández** es abogado de la Universidad Católica de Temuco, magíster en Gerencia Pública y magíster en Salud Pública. Es docente de distintas universidades entre ellas figura como académico en el magíster en Dirección y Gestión Estratégica en Salud de la Universidad Autónoma. Fue superintendente de Salud, siendo nombrado el 2019.

- **Claudio Sapelli** es economista de la Universidad Oriental del Uruguay, doctor en Economía de la Universidad de Chicago y actualmente, se desempeña como docente en el Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile.
- **Cristóbal Cuadrado:** Magister y Doctor en Salud Pública de la Universidad de Chile, sus líneas principales de investigación se vinculan a la economía de la salud, la inferencia causal con datos observacionales para la evaluación de políticas. (Designado desde la presidencia).

De acuerdo con la página de la SIS, ya han sesionado. Una de las propuestas establecidas en la ley corta es que las ISAPREs deben presentar Planes de Pago y Ajuste de sus deudas a la Superintendencia El Consejo Consultivo inició su trabajo revisando las **cuatro propuestas de Plan de Pago y Ajuste**, que fueron ingresadas el 7 de julio, por las **Isapre Consalud, Cruz Blanca, Fundación y Nueva Masvida**, para lo cual contaron con 30 días en los que se debió emitir un informe con recomendaciones al Superintendente de Salud (7 de agosto). A partir de ese día, la SIS tenía 10 días para pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación.

Posteriormente, se debe haber seguido con la revisión de las propuestas de las Isapre Isalud, Esencial, Colmena, Banmédica y Vida Tres, que solicitaron prórroga a la Superintendencia y que **tenían hasta el 7 de agosto para enviar su Plan de Pago y Ajuste**. A este respecto, aplica la misma medida de los 10 días mencionada en el párrafo anterior, vale decir, el 17 de septiembre debiera estar zanjado. Todo esto de acuerdo con información publicada en la web de la SIS y la ley corta. ¹

Cabe destacar que, si la SIS instruye cambios en los 10 días ya citados, la institución previsional de salud tendrá treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones para presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo.

¹ El superintendente debería informar sobre esto, si no lo hace, es imperativo consultar al respecto.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días.

Interrogantes y posibilidades de intervención

El superintendente ha señalado en los medios que la SIS atenderá reclamos en situaciones en las cuales las ISAPREs no otorguen beneficios u ofertas pertinentes a sus afiliados². Esto en el contexto que antes, a los afiliados, se les podía devolver el excedente ya sea en forma de descuentos en prestaciones o incluso dinero como tal (monto calculado como la diferencia que había entre un plan que cobrara menos del 7% y el 7% que ahora es obligatorio).

La ley corta estipula que, dada la obligatoriedad del 7% universal, las isapres cuyos planes cobraban menos del 7%, debían mantener los precios, pero ofrecer beneficios u ofertas complementarias pertinentes a sus afiliados para de esa forma equiparar la situación, vale decir, ya no habrá devolución de dinero..

¿En qué está la implementación de la modalidad de cobertura complementaria?

La modalidad de cobertura complementaria (MCC) es una nueva modalidad de atención que la ley corta agrega a la Modalidad de Libre Elección (MLE), distinta también de la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Esta consiste en que los afiliados a FONASA podrán pagar una prima complementaria para acceder a un pool de prestadores. Funcionará como un seguro de salud, pero será FONASA quien licitará el tema, actuando como intermediario entre los afiliados y las aseguradoras para obtener mejores precios.

De acuerdo con declaraciones del Superintendente de Salud, en radio Bío-Bío (03 de septiembre de 2024) la modalidad de cobertura complementaría debería estar en funcionamiento a partir del 2025, sin embargo, en la entrevista no se indica fecha exacta.³

¿Cómo se ha implementado la cotización del 7%?

² ¿Por qué la superintendencia esperará reclamos para actuar? ¿Qué otros mecanismos de fiscalización poseen? Deberían actuar de oficio.

³ ¿Cuándo estará operativa la MCC? no puede ser que las personas sigan en ascuas, ya se ha dicho en reiteradas ocasiones que FONASA no da a basto. Actualmente tiene el 80% de los afiliados, además de eso, tenemos al menos 1.5 millones de inmigrantes, de ellos, 95% de ellos está en FONASA, entonces, seguimos cargando al fondo nacional, ¡esto es urgente!

Según publicaciones del Diario Financiero (DF), la última semana de agosto las isapres comenzaron a ajustar los precios de los planes a la tabla de factores única (TFU) y al 7% de cotización legal. La misma fuente señala que Esencial y Cruz Blanca comunicaron a sus afiliados los primeros cambios en los precios de los planes de salud.⁴ Del mismo modo que informa el DF, el Superintendente informó también en los medios que a partir del 1 de septiembre entra en vigencia la Tabla de Factores Única (TFU)

Sobre los retiros de utilidades

La ley corta señala en su artículo 6° que las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso referidas en la ley, y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Dado lo anterior, se puede deducir que no existe la posibilidad de que las ISAPREs puedan retirar utilidades durante 13 años, a menos que salden sus deudas antes, sin embargo **¿Quién nos asegura que la ISAPREs cumplirán con tal obligación? ¿La SIS tiene las herramientas para fiscalizar esto, o solo lo verificará cuando alguna ISAPRE lo notifique?**⁵

Sobre la aplicación de la prima extraordinaria

La prima extraordinaria es un monto que deberán pagar los cotizantes de ISAPREs por cada afiliado a su plan (es decir, si hay más cargas, como menores de edad, esta será más alta). De acuerdo con la ley, esta prima no puede superar el 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

En términos simples, la prima extraordinaria es la forma que tendrán las ISAPREs de traspasar la deuda a sus afiliados, en la medida que les permite aumentar sus ingresos, por

⁴ ¿Cómo está fiscalizando la SIS la obligación que impuso la ley corta a las isapres referida a la transparencia en la información? ¿Qué pasa con las demás isapres? Banmédica, Vidatres, Consalud, etc.

⁵ Sobre este punto, es posible que la Comisión para el Mercado Financiero pueda tener algo que decir, pero no está presente en esta comisión.

lo cual es muy probable que la mayoría de las personas poco a poco vayan migrando a FONASA, a medida que sus planes aumenten de precio a causa de tales primas.

La relevancia de lo anterior radica en que, vale la pena preguntar cuál será el valor promedio de estas primas. En principio, el valor de las primas debería ser informado en el Plan de Pago y Ajuste de cada ISAPREs, por lo cual la SIS debería estar al tanto de la información. Lo más probable es que las instituciones de salud previsional cobren el tope, sin embargo, sería interesante que se conozca este monto en pesos, pues es más comprensible de esa manera.⁶

Comentario de cierre

Hoy las ISAPREs tienen todas las facilidades para devolver el dinero que obtuvieron ilícitamente mediante cobros indebidos. Cuando una persona, en cambio, debe aunque sean \$100.000 al Servicio de Impuestos Internos, el Estado de Chile lo persigue con todo el peso de la ley para que pague oportunamente. Nuestro deber, como poder legislativo, tanto desde la oposición como desde el oficialismo, es fiscalizar. La vía judicial ya hizo su parte, la Corte Suprema falló a favor de los afiliados que veían cómo las empresas se enriquecían sin entender el asunto por la asimetría de información de la cual se aprovecharon Consalud, Masvida y tantas otras. Yo invito a seguir muy pendientes a este tema, porque en cualquier minuto, las ISAPREs vuelven a cobrar demás si la SIS no está encima.

⁶Cuál sería el valor promedio que un chileno tendría que pagar por concepto de prima extraordinaria? Estamos de acuerdo en que el tope será el 10% del 7% que cotiza por salud, pero para ser transparentes, ¿de cuánto estaríamos hablando en promedio? (en pesos chilenos)

Minuta PDL Sistema de Acceso Priorizado - INDICACIONES EJECUTIVO

Boletín N° 12.662-11

Que crea el seguro de salud catastrófico, a través de una cobertura financiera especial, en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa.

El presente documento es una guía para el desarrollo de la comisión mixta de salud que se realizará el miércoles 4 de septiembre a las 15.00 hrs en la Sala N° 10 de comisiones del Senado.

Contextualización

El PDL partió con el objeto de crear un seguro de salud para enfermedades catastróficas, pero fue derivando paulatinamente hacia la construcción de un Sistema de Acceso Priorizado de salud con el objetivo de disminuir las listas de espera no GES.

En sesiones anteriores presentaron expertos de derecha para modificar el proyecto. El presidente de la comisión Senador Chahuán, quiere incorporar las indicaciones de estos expertos al PDL, sin embargo, se había pactado con el ejecutivo votar las indicaciones de este último con fecha 28 de agosto, lo cual no fue llevado a cabo.

Cabe destacar que también existen indicaciones de distintos parlamentarios, pero algunas de ellas se han generado sobre las indicaciones del ejecutivo, lo cual presenta problemas de forma y seguramente será discutido en comisión.

Indicaciones, comentarios y sugerencias

PROPUESTAS DEL EJECUTIVO

Título del proyecto de ley

1.- Para reemplazar en el título del proyecto de ley la frase “SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA” por “SISTEMA DE ACCESO PRIORIZADO A DETERMINADAS INTERVENCIONES SANITARIAS”.

A favor. *El nuevo nombre propuesto es atinente a lo que realmente refiere al PDL en la actualidad, pues ya no se habla de un seguro catastrófico si no del Sistema de Acceso Priorizado (SAP)*

Artículo único

2.- Para reemplazar el artículo único por el siguiente:

“Artículo único.- Modifíquese 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, en el siguiente sentido:

1) Incorpórase, a continuación del artículo 140, el siguiente artículo 140 bis, nuevo:

“Artículo 140 bis.- Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.

La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, **medicamentos hospitalarios**, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.

***A favor.** La indicación apunta a establecer la relación entre FONASA y el SAP, y da un marco de lo que incluye una “intervención sanitaria priorizada”. Además, propone que se podrán celebrar contratos o convenios con prestadores privados. A este punto, la derecha quiere explicitar que se haga mediante licitaciones, sin embargo, esto está establecido en la ley de compras.*

2) Incorpórase, a continuación del artículo 140 bis, el siguiente artículo 140 ter, nuevo:

“Artículo 140 ter.- **Durante el último mes de cada año**, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. **Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada.** En caso de priorizarse la misma intervención para las personas de los artículos 140 quinquies y 140 sexies, esta deberá contener acciones de salud que se consideren equivalentes. El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:

a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.

d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.

No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.

El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre

los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.

Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.”.

A favor. *La indicación establece las directrices para la elaboración del decreto que contendrá las prestaciones que serán incluidas en el SAP, señalando responsabilidades claras hacia el FONASA y las Subsecretarías del MINSAL. A este punto, la oposición se muestra bastante reticente, pero el oficialismo ha señalado reiteradamente que esta metodología para la formulación del informe es la mas adecuada a la institucionalidad de Salud.*

3) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 ter, el siguiente artículo 140 quáter, nuevo:

“Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.”.

A favor. *Establece el preámbulo para los requisitos que se señalan en los artículos siguiente e introduce las limitaciones presupuestarias necesarias asociadas a criterios de responsabilidad fiscal.*

4) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quáter, el siguiente artículo 140 quinquies, nuevo:

“Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las **sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla**.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar **protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación**.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la **Modalidad de Atención Institucional**.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, se deberá considerar, **al menos**, los tiempos de espera de las personas y necesidad sanitaria.”

***A favor.** Sacar adelante esta indicación es sumamente relevante, pues establece los protocolos de derivación a prestadores particulares, pero además fija cuales serán los criterios mínimos para la designación de las personas que ingresen al SAP. La oposición busca limitar estos criterios, sin embargo, es importante que FONASA y el MINSAL puedan tener cierto margen a la hora de definir los criterios para incluir en ello cuestiones socioeconómicas o variables geográficas (zonas extremas) por ejemplo.*

5) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quinquies, el siguiente artículo 140 sexies, nuevo:

“Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, **enterando un deducible que operará como único copago** de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto. El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.”.

***A favor.** Si bien el debate en la comisión ha girado alrededor de los montos de los deducibles, la propuesta del ejecutivo se enmarca en un estudio de costos debidamente fundamentado. Por lo demás, abre el campo hacia las intervenciones en Modalidad de Libre Elección (MLE), algo favorable para que el sistema privado ayude a descongestionar las listas de espera.*

6) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 sexies, el siguiente artículo 140 septies, nuevo:

“Artículo 140 septies. - El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.”.

A favor. Establece responsabilidades a FONASA para el correcto funcionamiento del SAP, pero con la salvedad de que la Superintendencia de Salud (SIS) actúe como fiscalizador recibiendo los reclamos contra FONASA en caso de un mal funcionamiento del sistema.

7) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 septies, el siguiente artículo 140 octies, nuevo:

“Artículo 140 octies. - El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

A favor. Asegura la gestión presupuestaria de los fondos del SAP indicando que la DIPRES visará la resolución exenta que considere los procedimientos de acceso al SAP, tomando también en cuenta el seguimiento del gasto y las materias operativas. Es un mecanismo de control necesario para el buen uso de los recursos.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

3.- Para reemplazar el artículo primero transitorio, por el siguiente:

“Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.”.

A favor. Establece que los convenios actuales podrán ser utilizados para intervenciones SAP durante el primer año, lo cual da celeridad al asunto.

Artículos segundo y tercero

4.- Para eliminar los artículos segundo y tercero transitorio, pasando el actual artículo cuarto transitorio a ser segundo transitorio.”.

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

Artículo tercero (Eliminarlo)

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

Artículo cuarto (pasa a ser segundo transitorio)

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

Minuta PDL Sistema de Acceso Priorizado – INDICACIONES

Senadora Ximena Órdenes N
Asesor Pablo Flores U

Boletín N° 12.662-11

Que crea el seguro de salud catastrófico, a través de una cobertura financiera especial, en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa.

El presente documento es una guía para el desarrollo de la comisión mixta de salud que se realizará el miércoles 25 de septiembre a las 15.00 hrs en la Sala N° 10 de comisiones del Senado.

Contextualización

El PDL partió con el objeto de crear un seguro de salud para enfermedades catastróficas, pero fue derivando paulatinamente hacia la construcción de un Sistema de Acceso Priorizado de salud con el objetivo de disminuir las listas de espera no GES.

En sesiones anteriores presentaron expertos de derecha para modificar el proyecto. El presidente de la comisión Senador Chahuán, quiere incorporar las indicaciones de estos expertos al PDL, sin embargo, se había pactado con el ejecutivo votar las indicaciones de este último con fecha 28 de agosto, lo cual no fue llevado a cabo.

Cabe destacar que también existen indicaciones de distintos parlamentarios, pero algunas de ellas se han generado sobre las indicaciones del ejecutivo, lo cual presentaba problemas de forma y fue discutido en sesión anterior, donde se concluyó que se votarían primero las propuestas del ejecutivo, y luego las parlamentarias.

Indicaciones, comentarios y sugerencias

PROPUESTAS DEL EJECUTIVO

Título del proyecto de ley

1.- Para reemplazar en el título del proyecto de ley la frase "SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA" por "SISTEMA DE ACCESO PRIORIZADO A DETERMINADAS INTERVENCIONES SANITARIAS".

APROBADA

A favor. El nuevo nombre propuesto es atinente a lo que realmente refiere al PDL en la actualidad, pues ya no se habla de un seguro catastrófico si no del Sistema de Acceso Priorizado (SAP)

Artículo único

2.- Para reemplazar el artículo único por el siguiente:

“Artículo único.- Modifíquese 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, en el siguiente sentido:

2.1) Incorpórase, a continuación del artículo 140, el siguiente artículo 140 bis, nuevo:

“Artículo 140 bis.– Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.

La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, **medicamentos hospitalarios**, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.

APROBADA

A favor. La indicación apunta a establecer la relación entre FONASA y el SAP, y da un marco de lo que incluye una “intervención sanitaria priorizada”. Además, propone que se podrán celebrar contratos o convenios con prestadores privados. A este punto, la derecha quiere explicitar que se haga mediante licitaciones, sin embargo, esto está establecido en la ley de compras.

INDICACIONES PARLAMENTARIAS 2.A Y 2.B – RETIRADAS

**INDICACIÓN 2.C RETIRADA, AUNQUE UNA PARTE FUE ACOGIDA POR EJECUTIVO
(VER INDICACIÓN SIGUIENTE DE EJECUTIVO)**

INDICACIONES 2.D – 2.E y 2.F: Rechazar por ser incompatibles, modifican el texto de la cámara y no la propuesta del ejecutivo

2.D Queda **SUBSUMIDA** con la indicación 2.2 del ejecutivo

2.E es retirada (porque fue acogida)

2.F es retirada

2.2) Incorpórase, a continuación del artículo 140 bis, el siguiente artículo 140 ter, nuevo:

“Artículo 140 ter.- **Durante el último mes de cada año**, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada. ~~En caso de priorizarse la misma intervención para las personas de los artículos 140 quinquies y 140 sexies, esta deberá contener acciones de salud que se consideren equivalentes.~~

El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este **elabore previamente, el cual considerará especialmente:**

a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutoria de los prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.

d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.

No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

----- **HASTA ACÁ SE APROBÓ EL MIERCOLES 11 DE SEPTIEMBRE**-----

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo

El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.

Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.”.

EN SESIÓN ANTERIOR, QUEDÓ APROBADO HASTA DONDE SE INDICA

A favor. Establece los conductos regulares que se deberán seguir para la construcción del listado de intervenciones que serán incluidas en el SAP, consignando que habrá participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y FONASA, aportando lo criterios técnicos necesarios.

- **2.G (Parlamentaria):** Contiene tres propuestas referidas al artículo 140 ter de la propuesta del Ejecutivo. Si se vota como un todo, **rechazar**. Si se vota separadamente:

- Primera modificación (implementar duración SAP 3 años): **se recomienda rechazar**, dado que el SAP está diseñado anual, lo cual se puede observar en las priorizaciones y disposición presupuestaria (no excedible) anual. Este funcionamiento anual es clave para cumplir objetivos en la disminución de los tiempos de espera.

- Segunda modificación (eliminación última frase de inciso primero, referida a equivalencia de intervenciones en ambas modalidades): **se recomienda rechazar**, ya que esta frase es imprescindible para garantizar que los beneficiarios SAP Modalidad Libre Elección tengan acceso a las mismas prestaciones que los beneficiarios SAP MAI.

- Tercera modificación (agregar nuevos incisos 2° y 3°): **se recomienda rechazar**, ya que se estima que duración anual es clave para objetivo SAP, y nuevos incisos son incompatibles con ello.

- **2.H (Parlamentaria):** Seguramente será retirada, pues fue incorporada por ejecutivo, si no, **se recomienda rechazar**, por el mismo motivo.
- **2.I (Parlamentaria):** **Se recomienda rechazar**, aunque si se vota por separado, se puede aprobar el último párrafo referido a la publicación de los estudios y elementos que fundan el mismo en la web del ministerio. Agrega elementos de transparencia.

SE votó hasta acá!

- **2.J y 2.K (Parlamentaria):** Seguramente serán retiradas (*acuerdo asesores*), porque modifican el texto de la cámara, lo cual las vuelve incompatibles. De no ser retiradas, **se recomienda rechazar**.

2.3) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 ter, el siguiente artículo 140 quáter, nuevo:

“Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.”.

A favor. Establece el preámbulo para los requisitos que se señalan en los artículos siguiente e introduce las limitaciones presupuestarias necesarias asociadas a criterios de responsabilidad fiscal.

- **2.L (Parlamentaria):** Seguramente será retirada (*acuerdo asesores*), pues fue incorporada por ejecutivo, si no, **se recomienda rechazar**, por el mismo motivo.

2.4) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quáter, el siguiente artículo 140 quinquies, nuevo:

“Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las **sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla**.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar **protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación**.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la **Modalidad de Atención Institucional**.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, se deberá considerar, **al menos**, los tiempos de espera de las personas y necesidad sanitaria.”

A favor. Sacar adelante esta indicación es sumamente relevante, pues establece los protocolos de derivación a prestadores particulares, pero además fija cuales serán los criterios mínimos para la designación de las personas que ingresen al SAP. La oposición busca limitar estos criterios, sin embargo, es importante que FONASA y el MINSAL puedan tener cierto margen a la hora de definir los criterios para incluir en ello cuestiones socioeconómicas o variables geográficas (zonas extremas) por ejemplo.

- **2.M (Parlamentaria): Se recomienda rechazar.** Va en contra de la indicación 2.4 del ejecutivo, rigidizando los criterios, impidiendo el margen que debe tener FONASA para incluir cuestiones socioeconómicas, geográficas o de otra índole.

2.5) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quinquies, el siguiente artículo 140 sexies, nuevo:

“Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, **enterando un deducible que operará como único copago** de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto. El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.”.

A favor. Si bien el debate en la comisión ha girado alrededor de los montos de los deducibles, la propuesta del ejecutivo se enmarca en un estudio de costos debidamente fundamentado. Por lo demás, abre el campo hacia las intervenciones en Modalidad de Libre

Elección (MLE), algo favorable para que el sistema privado ayuda a descongestionar las listas de espera.

- **2.N (Parlamentaria): Se recomienda rechazar.** Incluir un stop loss en SAP vuelve complejo el sistema. Además, el beneficio potencial es muy bajo, pues requiere que personas se realicen múltiples intervenciones priorizadas al año, lo cual es poco probable. *De acuerdo a la reunión con asesores, es poco probable que se persista en esta indicación.*

2.6) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 sexies, el siguiente artículo 140 septies, nuevo:

“Artículo 140 septies. - El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.”.

A favor. *Establece responsabilidades a FONASA para el correcto funcionamiento del SAP, pero con la salvedad de que la Superintendencia de Salud (SIS) actúe como fiscalizador recibiendo los reclamos contra FONASA en caso de un mal funcionamiento del sistema.*

2.7) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 septies, el siguiente artículo 140 octies, nuevo:

“Artículo 140 octies. - El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

A favor. *Asegura la gestión presupuestaria de los fondos del SAP indicando que la DIPRES visará la resolución exenta que considere los procedimientos de acceso al SAP, tomando también en cuenta el seguimiento del gasto y las materias operativas. Es un mecanismo de control necesario para el buen uso de los recursos.*

- **2.Ñ (Parlamentaria): Se recomienda rechazar**, pues intenta modificar estructuralmente el SAP, excediendo el objetivo del PDL. Además, ya fue en parte considerado por el ejecutivo. Por otra parte, de aprobarse se complejiza el proceso de tramitación de la ley por modificar asuntos de financiamiento.
- **2.O (Parlamentaria): Se recomienda rechazar**, pues intenta modificar estructuralmente el SAP, excediendo el objetivo del PDL
- **2.P (Parlamentaria): Se recomienda rechazar**, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto. El GRD es un mecanismo de financiamiento que genera un pago hacia el prestador en reconocimiento de la complejidad de sus egresos hospitalarios, está diseñado para el sistema público.
- **2.Q (Parlamentaria): Se recomienda rechazar**, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto.
- **2.R (Parlamentaria): Se recomienda rechazar**, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto.
- **2.S (Parlamentaria): Somos firmantes**, pero dado que excede el objeto del PDL, podría retirarse. Esto se conversó en reunión de asesores y se plantea que, al menos el senador Castro está dispuesto a retirar.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

3.- Para reemplazar el artículo primero transitorio, por el siguiente:

“Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.”.

A favor. Establece que los convenios actuales podrán ser utilizados para intervenciones SAP durante el primer año, lo cual da celeridad al asunto.

Artículos segundo y tercero

4.- Para eliminar los artículos segundo y tercero transitorio, pasando el actual artículo cuarto transitorio a ser segundo transitorio.”.

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

Artículo tercero (Eliminarlo)

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

Artículo cuarto (pasa a ser segundo transitorio)

A favor. Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional

- **5. Parlamentaria. Se recomienda rechazo**, pero podría aprobarse, toda vez que no afecta el funcionamiento del SAP. Pretende dictación de reglamento de Ley GES (que contenga las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones no GES), excediendo el objeto del proyecto.
- **6. Parlamentaria.** Establece un plazo retroactivo de 3 años a la indicación 2.S, para quitar imposibilidad de contratar con el estado a instituciones privadas de salud que tengan el monopolio de prestaciones en algunas comunas. **Quedaría inadmisiblesi se retira la indicación 2.S.**

Indicaciones inadmisibles no pueden subsumirse.

PDL Funerales Nocturnos Bomberos

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

Modifica el Código Sanitario para permitir que las ceremonias fúnebres de los Cuerpos de Bomberos puedan efectuarse en un horario especial

Boletín N° 15960-11

Moción: Diputados Pulgar, Bravo, Pérez, Camaño, Cifuentes, Guzmán, Olivera, Oyarzo, Rivas y Venegas.

Estado: Segundo trámite constitucional.

Resumen:

Modifica el código sanitario con el objeto de permitir que miembros de bomberos de Chile puedan sepultarse en cementerios generales o públicos y cementerios privados en un horario extraordinario de funcionamiento.

Fundamentos

Los Cuerpos de Bomberos del país tienen la tradición de realizar los ritos fúnebres de sus cófrades en horarios nocturnos. Tal tradición proviene de hace casi dos siglos, cuando el entonces presidente Manuel Montt enfrentaba una inminente posibilidad de revolución liderada por Pedro León Gallo, quien era hermano del Director de la Tercera Compañía de Bomberos de Valparaíso de la época.

En esas circunstancias murió don Domingo Segundo Espiñeira, voluntario de tal compañía. Dado el contexto, el presidente tenía decretado un toque de queda y negó las autorizaciones para que los voluntarios hicieran el funeral, ante lo cual, contraviniendo las órdenes de la autoridad, los bomberos realizaron el rito de todos modos, pero durante la madrugada.

Tal tradición se ha mantenido a lo largo de los años, sin embargo, en algunas ocasiones, las compañías han encontrado obstáculos para su desarrollo, toda vez que algunas autoridades o instituciones fúnebres no lo han querido permitir.

Contenido de la norma

Se añade un artículo único:

Artículo único. - Introdúzcase la siguiente modificación al DFL N°725, que establece

el **Código Sanitario**:

Agréguese el siguiente inciso 2º al artículo 136, en los términos siguientes:

“Los establecimientos señalados en el inciso precedente deberán disponer en sus reglamentos internos de un horario de funcionamiento extraordinario para atender las ceremonias y/o romerías nocturnas de miembros de los Cuerpos de Bomberos de Chile o de otras instituciones que así lo requieran, previa autorización de la autoridad sanitaria.”

Comentarios:

La realidad actual es que la mayoría de las veces los cuerpos de bomberos que realizan funerales nocturnos a la luz de las antorchas no enfrentan mayores problemas, sin embargo, también es cierto que no poseen un respaldo legal que les permita contar con la autorización para llevarlos a cabo.

Se recomienda aprobar el proyecto, toda vez que apunta a resolver un problema fácil de solucionar y funciona como un reconocimiento y homenaje a la institución, la cual, dicho sea de paso, es considerada la con mejor aprobación a nivel nacional.

Cabe destacar que sería bueno comunicar el estado de este proyecto de ley a las compañías de la región de Aysén, así como manifestar el apoyo hacia el mismo de forma directa a los voluntarios del cuerpo.

Propuesta de intervención:

Imaginen ustedes no poder asistir a una ceremonia fúnebre de un ser querido ¿Cómo se sentirían? Los bomberos voluntarios de nuestro país acuden a diario a diversas emergencias arriesgando su vida con el único fin de ayudar a quien lo necesita, por lo que respetar sus ritos es un mínimo imperativo. Este proyecto de ley es una forma de rendir honor a sus tradiciones, reconocer su abnegada labor, y validar su actuar ante la comunidad. Votar a favor es apoyar a los voluntarios de todo el país.

03 de Septiembre 2024