

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, que establece la Ley Nacional del Cáncer.

BOLETÍN N° 12.292-11

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Hacienda tiene el honor de emitir su informe acerca del proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, señor Sebastián Piñera, que ha sido calificado con “suma” urgencia.

- - -

Cabe señalar que el proyecto de ley fue aprobado previamente, en segundo informe, por la Comisión de Salud.

A la Comisión de Hacienda, en tanto, le correspondió pronunciarse sobre los asuntos de su competencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional y de lo acordado por la Sala del Senado en sesión de 11 de diciembre de 2018.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

La Comisión de Hacienda se remite, al efecto, a lo consignado por la Comisión de Salud en su segundo informe, en cuanto consigna que los artículos 9º, 10 y 11 son propios de ley orgánica constitucional, porque insertan en la organización básica de la Administración del Estado una Comisión Nacional del Cáncer; y la letra d) del artículo 15 también lo es, porque remite a la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

- - -

Para efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de que la Comisión de Hacienda efectuó las siguientes enmiendas:

- Eliminó el artículo 21 aprobado por la Comisión de Salud e incorporó uno nuevo con la misma numeración.

Se hace presente que la precedente constancia es complementaria de la consignada por la Comisión de Salud en su segundo informe, y sólo guarda relación con lo aprobado por la Comisión de Hacienda.

A una o más de las sesiones en que la Comisión analizó este asunto asistieron, además de sus integrantes, los Honorables Senadores señora Goic y señor Quinteros.

Del mismo modo, concurrieron las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud, el Ministro, señor Jaime Mañalich; el Jefe del Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, señor Sergio Becerra; el asesor legislativo, señor Jaime González, y los asesores, señores Enrique Accorsi y David Grossman.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, los asesores, señores Marcelo Estrella; Benjamín Rugg y Cristián Barrera.

De la Dirección de Presupuestos, la Coordinadora de la Unidad de Análisis Económico de Salud, señora Daniela Sugg.

De la Contraloría General de la República, la Jefa de Unidad de Estudios Legislativos, señora Pamela Bugueño, y la Abogada de la Unidad de Estudios Legislativos, señora Catalina Venegas.

La asesora del Honorable Senador García, señora Valentina Becerra.

El asesor de la Honorable Senadora Goic, señor Jorge Pereira.

De la Oficina del Honorable Senador Lagos, los asesores, señora Loretto Rojas y señor Reinaldo Monardes.

El asesor del Honorable Senador Montes, señor Luis Díaz.

De la Oficina del Honorable Senador Pizarro, la Jefa de Gabinete, señora Kareen Herrera, y la asesora de comunicaciones, señora Andrea Gómez.

Del Comité Partido Demócrata Cristiano, los asesores, señoras Valentina Muñoz y Constanza González, y señores Julio Valladares y Gerardo Bascuñán.

Del Comité Partido Por la Democracia, el asesor, señor Claudio Rodríguez.

De la Biblioteca del Congreso Nacional, el asesor legislativo, señor Samuel Argüello.

De la Fundación Jaime Guzmán, la asesora, señora Antonia Vicencio.

De la Pontificia Universidad Católica de Chile - Red Salud, el Director Médico de Cáncer y Presidente de Chilesincáncer, señor Bruno Nervi.

De la Corporación Oncomamás, las Directoras, señoras Soledad Herrera y Beatriz Troncoso; la asesora Pro Bono, señora Paulina Palazzo; el asesor, señor Rodrigo Arismendi, y la socia, señora Claudia Medina.

De la Organización de Pacientes Oncológicos Fundación Nuevo Amanecer, la Presidenta, señora Antonia Toledo, y los pacientes, señoras María Marín, Ana Lupas, Magaly Díaz, Ana Olivos, Mónica Silva y señores Jaime Aceitón y Víctor Flores.

De la Corporación Valientes, la Presidenta y Paciente, señora Mónica Toro, y la Paciente, señora Rosita Torres.

De la Cámara de Innovación Farmacéutica de Chile A.G. (CIF), la Vicepresidenta Ejecutiva, señora Mariela Formas, y el asesor externo, señor Felipe Del Solar.

- - -

SESIÓN DE 25 DE NOVIEMBRE DE 2019

Previo a la discusión de los asuntos de competencia de la Comisión, el **Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich**, reseñó los alcances y objetivos del proyecto de ley.

Hizo presente que hace tres mil quinientos millones de años apareció la vida en la tierra. Lo hizo a través de la formación de las primeras células, denominadas procariotas en atención a su primitivismo, y caracterizadas por tener una membrana relativamente inestable, estar aisladas unas de otras y contar con información genética dispersa.

Más tarde, hace mil quinientos millones de años, el primer paso evolutivo de la biología permitió que las antedichas células fueran reemplazadas por las células eucariotas. Estas cuentan con una membrana estable que las aísla del exterior, un núcleo muy consolidado con información genética y una serie de conductos internos para el transporte de sustancias. Además, han engullido lo que parece haber sido inicialmente una bacteria que se conoce como mitocondria. Esta última, a su turno, tiene una información genética distinta de la de las células.

Expuso que en el proceso evolutivo las células pasaron rápidamente a configurarse como organizaciones pluricelulares, en las que se genera, también como efecto de la evolución, una división del trabajo. De esta forma, mientras determinadas células se dedican a captar la energía, otras lo hacen a desprenderse de cosas, otras a generar movilidad, etc.

Tras todo lo anterior, prosiguió, hace solo doscientos mil años se produjo la aparición de los primeros seres humanos como hoy los conocemos. Su diseño evolutivo, resaltó, era idéntico al de los seres humanos actuales.

En la especie humana, profundizó, se ha identificado que las células especializadas cumplen dos tipos de órdenes. La primera, realizar una sola función determinada que se apropia del órgano en que la célula está situada, ya sea el cerebro, el intestino o la piel, por ejemplo, y que redundante en una sofisticación extrema de esa función. Es, en definitiva, lo que esa célula hará durante toda su vida. La segunda, en tanto, es cumplir una orden de muerte, es decir, dejar de existir al cabo de un determinado período de tiempo.

Además, agregó, es sabido que cada célula del cuerpo tiene la formación genética completa para reproducir a un ser humano.

El problema, advirtió, se suscita cuando por distintas razones, como mutaciones o infecciones, algunas células dejan de cumplir las órdenes de especificidad o de muerte, y se autonomizan. Se trata, por cierto, de un fenómeno que ocurre todos los días, y que es objeto de vigilancia, al interior de nuestro organismo, por parte del sistema inmunológico, que se encarga de matar esas células. Eso quiere decir que todos los seres humanos desarrollan muchos tipos de cáncer todos los días, que son eliminados por el propio organismo. Salvo, subrayó, cuando se producen ciertas condiciones que escapan de esa vigilancia, como los efectos de una radiación (por exposición al sol, rayos x, estallidos nucleares, etc.) o una infección (como el VIH). Todo esto, sumado al hecho de que los riesgos de desarrollar cáncer son cada vez mayores, porque cada vez hay más radiación, obesidad, infecciones y, fundamentalmente, tiempo de exposición a esos riesgos. Para tales casos, entonces, se hace cada vez más necesaria la presencia de la medicina.

Es indudable, consignó, que las enfermedades cancerígenas han experimentado un crecimiento notable, al punto que se espera que en ocho a diez años más pase a ser la primera causa de muerte en nuestro país. De hecho, resaltó, ya lo es en algunas regiones, como la de Antofagasta, por ejemplo.

De este modo, indicó, cobra relevancia contar con una mirada coherente para afrontar el grave problema de salud pública del que esta realidad da cuenta, que supere los esfuerzos disgregados y no armonizados hasta ahora desplegados. Que se haga cargo, por ley, de los siguientes aspectos:

- Que al menos la mitad de los cánceres son prevenibles, y que las condiciones para evitarlo varían entre las distintas zonas del país.

- La necesidad de un diagnóstico precoz, factor clave para disminuir ostensiblemente las probabilidades de muerte. Hace veinte años, la probabilidad de muerte por un cáncer diagnosticado a los cinco años, era 80%; hoy, en cambio, es 60%, y disminuyendo. Ello significa que el cáncer pasó de ser de enfermedad letal, a crónica.

- El tratamiento, propiamente tal, cuyos elementos sustantivos son la cirugía (la mayoría de los cánceres sólidos tienen una oportunidad quirúrgica), la radioterapia (cada vez más sofisticada y específica), la quimioterapia (cada vez, también, más específica), los cuidados paliativos (hoy con cobertura AUGE), y una muerte digna (actualmente objeto de un proyecto de ley en tramitación en el Congreso Nacional).

Expuso que, en la actualidad, el Estado cuenta con diversos instrumentos o vías de acción relacionados con el cáncer. El primero y más importante, el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas de Salud (AUGE), que cubre el 80% de las personas afectadas por cáncer. El segundo, la denominada ley Ricarte Soto, que permite costear tratamientos onerosos para algunos tipos de cáncer. El tercero, las resoluciones de los Tribunales Superiores de Justicia ante recursos de protección, que posibilitan el otorgamiento de tratamientos. Y el cuarto, la aplicación de tratamientos preventivos, como por ejemplo: vacuna contra la hepatitis B (para prevención de la aparición de cáncer de hígado); vacuna contra la hepatitis C (para que el 95% de los portadores del virus deje de serlo, y prevenir el cáncer de hígado); erradicación del microbio helicobacter pylori, que se aloja en el estómago (para prevención del cáncer de colon); operación de vesícula en mujeres, y vacuna contra el virus del papiloma humano.

En el reseñado contexto, expresó, el proyecto de ley viene a generar una serie de políticas públicas consolidadas, que sirven

de sustento al Plan Nacional del Cáncer que se ha discutido en la ley de presupuestos del sector público, genera un registro de pacientes con cáncer, fortalece la infraestructura pública para tratamiento y prevención del cáncer, y prevé la provisión de medicamentos y especialistas.

A continuación, hizo uso de la palabra la **Honorable Senadora señora Goic.**

Llamó la atención sobre la urgencia de abordar la problemática que el cáncer representa. Señaló que una de cada cuatro muertes en Chile es por cáncer, que tres personas por hora mueren por esta causa, y que al menos una de esas muertes sería evitable si existiera diagnóstico oportuno o acceso a tratamiento. Constituye, en consecuencia, un desafío país innegable desde el punto de vista de salud pública.

Destacó que la idea de abordar ese desafío se plasmó el año 2013 en la formación del Foro Nacional del Cáncer, encabezado por el doctor Jorge Giménez. Dicha instancia tuvo el mérito de articular, desde la sociedad civil, a los diversos actores vinculados al cáncer, y formular las bases del proyecto de ley que en esta oportunidad se está analizando. Con el propósito, resaltó, de llevar a cabo un esfuerzo integral sobre la prevención, detección precoz, acceso a tratamiento, cobertura territorial, fomento a la investigación y, particularmente, la colaboración público privada en torno al cáncer. De manera similar, apuntó, a lo ya obrado en leyes marco en materia de protección social, como los sistemas Chile Solidario y Elige Vivir Sano.

En concreto, prosiguió, los puntos más salientes de la ley que se propone son los siguientes:

- Obligación del Estado de Chile de contar con un Plan Nacional del Cáncer, que se actualice cada cinco años. Lo anterior sin perjuicio de que, junto con el patrocinio de la presente iniciativa legal, el Gobierno del Presidente Piñera ya presentó el primer Plan, con metas y objetivos específicos, cuestión que, desde luego, supone un avance sustantivo.

- Consolida la creación de un Registro Nacional del Cáncer -para el que se prevén recursos-, y dispone que el cáncer pase a ser una enfermedad de notificación obligatoria, tal como ya ocurre con el VIH. Del mismo modo, fomenta la formación de recursos humanos, habida cuenta del contraste entre la situación actual, en la que se cuenta con alrededor de 150 oncólogos, y la ideal, que es llegar a cerca de 400.

- Creación de una red oncológica nacional con presencia, de distinta complejidad, en prácticamente todas las regiones del país.

- Creación, en el marco de la colaboración público privada, de una Comisión Nacional del Cáncer, instancia asesora en la implementación del Plan Nacional y en la recomendación de guías clínicas. Estaría compuesto por cinco representantes de asociaciones científicas, tres de facultades de medicina y tres de fundaciones y organizaciones de pacientes.

- Establecimiento de un Fondo Nacional del Cáncer, constituido por los recursos que considere la ley de presupuestos, los provenientes de cooperación internacional, donaciones, herencias y legados -incluyendo un beneficio tributario-, más los que se puedan agregar vía Fondo Nacional de Desarrollo Regional.

- Deber de otorgar permiso laboral para el acompañamiento de las personas que padezcan cáncer.

La **señora Senadora** hizo hincapié en que la principal discusión a que ha dado lugar el proyecto de ley, guarda relación con el financiamiento público del mismo. Los dos primeros informes financieros elaborados por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda -de los que se da cuenta más adelante en el presente informe-, prevén recursos para el antes aludido registro, y \$20.000 millones, que se entregan mediante la ley de presupuestos del sector público, para equipamiento y para la realización de tres estudios de pre inversión de centros oncológicos y la habilitación o construcción de dos centros especializados. Indicó que para la construcción de centros o su incorporación en proyectos hospitalarios, recientemente el Presidente de la República anunció una inversión de \$300.000 millones en un período de ocho años.

Por otra parte, destacó que el proyecto establece expresamente el derecho de las personas a confirmación diagnóstica y a recibir tratamiento en caso de sospecha fundada de padecer algún tipo de cáncer, y a recibir consejería genética. Resta aún, empero, por definir cómo se va a garantizar el acceso a tratamiento, de acuerdo a guías clínicas que permitan entregar certezas a los pacientes. Al respecto, hizo ver que la opción que ha tomado el Gobierno es ampliar la cobertura del Plan AUGE, a pesar de que el planteamiento de otros actores, entre los que se cuenta, había sido que se estableciera una entrada única para todos los cánceres. Ahora bien, consignó, más allá de esa diferencia, lo relevante en este momento es que se adquieran compromisos sobre cuándo se van a incorporar los otros tipos de cáncer al AUGE.

Culminó su intervención señalando que la política pública debe apuntar a disminuir los factores de riesgo del cáncer. Teniendo a la vista, enfatizó, que la proyección actual indica que la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres van a contraer algún tipo de cáncer alguna vez en la vida. Y con miras, por cierto, a aumentar las expectativas de sobrevivida, hoy del 60% en Chile a los cinco años, y cercanas al 40% en países más desarrollados. En relación con este último punto, puso de

manifiesto que, en el caso del cáncer infantil, nuestro país se sitúa en dicho 40%. Lo que se explica, justamente, porque todos los cánceres infantiles están incorporados en el AUGE. Es hacia allá, entonces, hacia donde se debiera propender en materia de cáncer de adultos.

El Honorable Senador señor Quinteros, por su parte, hizo hincapié en que siendo efectivo que el cáncer es la segunda principal causa de muerte en Chile, en cinco regiones ya es la primera. De ahí, resaltó, la importancia de contar con el financiamiento adecuado para la prevención de la enfermedad. Al igual, añadió, que para la construcción de centros de alta o mediana complejidad para su prevención, detección y curación.

Agregó que es muy necesario que el proyecto de ley sea prontamente despachado por el Congreso Nacional. Fundamentalmente, porque existen diversas iniciativas de asociación público privada que están a la espera de la ley para ser materializadas. Esto permitiría, en la práctica, establecer centros en distintas ciudades de cada región y que ya no sea necesario que las personas tengan que recorrer grandes distancias para acceder a tratamiento.

El Honorable Senador señor García apuntó que la red oncológica nacional tiene prevista la creación de un centro en el Hospital Hernán Henríquez de Temuco. Ello, observó, sería de gran utilidad, porque la gente que habita en dicha reunión debe, en la actualidad, trasladarse a Valdivia para recibir tratamiento.

El Honorable Senador señor Coloma solicitó que se informe sobre el itinerario de implementación de centros oncológicos a lo largo del país.

El Honorable Senador señor Montes indicó que es muy relevante que una ley, como la que en esta oportunidad se está discutiendo, busque fijar un marco para articular una política pública más consistente en materia de enfermedades oncológicas.

El problema, empero, en esta y en otras experiencias, suele ser la ausencia de un financiamiento sostenido, toda vez que queda entregado a las disponibilidades presupuestarias y a las prioridades que la autoridad vaya definiendo año a año. Consultó si se sabe de otros modelos de financiamiento que permitan responder de manera efectiva a la demanda, y no sujetos a topes preestablecidos o dependientes de los vaivenes de la economía.

Reseñó que en el área de la educación este tipo de inconvenientes está adecuadamente resuelto. No así, en cambio, en el área de la salud.

El Honorable Senador señor Lagos observó que ante la grave y creciente amenaza que el cáncer representa, cabe hacerse la pregunta sobre si es preciso que sea abordado de manera independiente y con especial decisión, en vez de sujetarlo al mismo tratamiento del resto de la salud pública en Chile. Teniendo en cuenta, por ejemplo, los recursos que demanda, las posibilidades de establecer alianzas entre los sectores público y privado o los diversos requerimientos de las distintas regiones del país.

Expresó, asimismo, que la inversión de \$20.000 millones no parece, a priori y en el contexto del presupuesto de la nación, una gran inyección de recursos. Considerando, de nuevo, los enormes desafíos que ya han sido explicitados.

Consultó de qué manera se ha acometido la problemática del cáncer en la experiencia comparada.

El Ministro señor Mañalich expuso que desde el punto de vista epidemiológico, las organizaciones de salud del mundo están abandonando el certificado de defunción como elemento más relevante de priorización en salud. Esto, por cuanto dicho documento suele ser reflejo de enfermedades o eventos muy graves y de corta duración, como la muerte en un accidente de tránsito, por ejemplo. No da cuenta, en consecuencia, de enfermedades crónicas de larga duración que incluso generan sobrevivencia, como enfermedades mentales o cáncer.

En razón de lo expuesto, profundizó, la fórmula más actualizada, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es la que refiere al concepto “carga de enfermedad”. Es decir, a cuál es el capital humano que se pierde por muerte prematura, y cuál el que se pierde por discapacidad, enfermedad u otro evento que no implica muerte. Dicha nueva concepción, sostuvo, permite ampliar la mirada respecto del cáncer, que está pasando de ser una enfermedad aguda de pronóstico mortal, a una enfermedad crónica que no solo provoca la muerte de algunas personas, sino que también genera secuelas e impacta a la familia de los pacientes.

Dicho lo anterior, puso de manifiesto que, en relación con el proyecto de ley, el Ejecutivo efectivamente tomó una opción: que existiendo un mecanismo tan poderoso como el AUGE, las enfermedades tipo cáncer deben ser incluidas en su totalidad en él. Tal como, de hecho, ya aconteció con toda clase de cáncer infantil, sin diferencia alguna.

En otro orden de ideas, llamó la atención sobre dos puntos muy relevantes.

En primer lugar, que nuestro país tiene un déficit de recursos humanos gigantesco en el área del cáncer, básicamente por el alto crecimiento de la demanda. No hay, por ejemplo, suficientes físicos

médicos, que son los operadores de las máquinas de radioterapia, ni suficientes médicos oncólogos.

Tal déficit, se explayó, no ha sido solucionado por parte de las universidades chilenas, que no forman el número de especialistas que se requieren, básicamente por una cuestión de voluntad o falta de interés. Lo cierto, afirmó, es que el Ministerio de Salud se ha encontrado con resistencia de los centros universitarios para llevar a adelante ese proceso formativo, lo que se explica porque exige una enseñanza tutorial, es decir, de una persona enseñándole su oficio a la otra.

En segundo término, aludió a un reciente informe publicado por la Fiscalía Nacional Económica que reveló la existencia de corrupción en el mundo médico, siendo el área más afectada de todas, justamente, la oncológica. Se da allí, expuso, que los laboratorios piden a los oncólogos que ofrezcan un nuevo tratamiento y estos lo prescriben, sin la debida evidencia, a cambio de contraprestaciones en dinero por la incorporación de nuevos pacientes.

En este último punto, reflexionó, en el marco de la asociación público privada, se debe tener especial cuidado. Porque si un médico receta un determinado tratamiento sin razones objetivas médicas y más tarde el paciente lo judicializa para exigirlo, la situación es compleja para el Estado. En tal sentido, indicó, contar con guías clínicas y con prácticas que se asocien a ética y eficiencia médica, resulta fundamental.

Explicó, por otra parte, que en la medida que las enfermedades estén incorporadas en el AUGE, el mecanismo de financiamiento ya no va a estar condicionado por el presupuesto fiscal. Toda persona que tenga necesidad tendrá, por ley, garantizado el tratamiento.

Finalmente, comprometió la entrega del calendario de inversión con los recursos contemplados en el proyecto de ley.

El Honorable Senador señor Montes consultó si se ha pensado de qué manera estimular la oferta de servicios para atender la demanda a que el cáncer da lugar. Teniendo en cuenta, desde luego, que esa mayor oferta no puede redundar en alzas desmedidas de precios.

Asimismo, solicitó saber por qué el Ministerio de Salud estaría impedido de requerir que los hospitales comprometieran la formación de los especialistas que el Estado requiere; o qué le inhibe de suscribir convenios con instituciones con ese fin.

El Honorable Senador señor García preguntó cuál es la situación financiera actual del Plan AUGE, habida cuenta de que es objeto de una sobre cotización -adicional al 7% que se paga por salud-, y que el desafío de incorporar todo tipo de cáncer es ciertamente muy importante.

La **Honorable Senadora señora Goic** formuló un llamado a mirar la problemática que se ha estado analizando desde una doble perspectiva. A mediano plazo, desde luego, para disminuir el número de víctimas del cáncer. Pero también, desde una mirada más humana, para dar respuesta a la gente que hoy día padece de la enfermedad. Porque, graficó, no todos los tipos de cáncer están actualmente cubiertos por el AUGE, o cuando se requiere un medicamento que no está incluido en la canasta de medicamentos del Plan, las personas se ven obligadas a endeudarse.

Resaltó que las organizaciones de pacientes del cáncer tienen plena conciencia de que la ley no va a resolver absolutamente todos sus problemas. Pero más allá de eso, sostuvo, lo cierto es que los términos en que hoy se está conociendo no dan respuestas satisfactorias. Porque no se sabe, por ejemplo, cuándo se van a construir los centros a nivel regional ni cuándo van a estar disponibles los recursos; o se prevén \$ 20.000 millones para la, según se ha dicho, segunda causa de muerte en el país, cifra que parece baja si se le compara con los \$100.000 millones con que cuenta la ley Ricarte Soto; o no se contemplan recursos para que la Comisión Nacional del Cáncer pueda desarrollar algún tipo de estudio.

La necesidad de mayores y permanentes recursos, concluyó, es patente.

El **Honorable Senador señor Coloma** consultó qué evaluación tiene el Ministerio del financiamiento, con cargo al Fondo Nacional de Desarrollo Regional, de la formación de médicos especialistas, que al menos en la Región del Maule son alrededor de cien.

El **señor Ministro de Salud** reiteró que el propósito final de la ley que se está proponiendo es fijar una política nacional del cáncer, consolidando una serie de iniciativas que la han precedido.

En cuanto a su financiamiento, indicó que la ley de presupuestos contempla \$ 350.000 millones para prestaciones desde FONASA y formación de especialistas. A lo que se suman \$150.000 millones en infraestructura para el desarrollo de distintos centros del cáncer.

Explicó, por otra parte, que las personas que cotizan en el sistema privado pagan dos primas: una correspondiente al AUGE y otra al plan complementario. En el sector público, en tanto, el financiamiento de FONASA está constituido en un 35% por la cotización obligatoria de 7% de salud, y en un 65% por impuestos generales. Añadió que los recursos asociados a cáncer no están marcados en el presupuesto, pero ese es, precisamente, uno de los objetivos del proyecto de ley: asignarlos a infraestructura o formación de especialistas, por ejemplo.

Al terminar reiteró que la capacidad de injerencia de la autoridad pública sobre los centros de estudio para la formación de especialistas es más reducida de lo que se podría creer. Se da, en la práctica, que aunque el Ministerio de Salud solicite a un decano la formación de diez oncólogos médicos y le ofrezca el pago de las matrículas, la respuesta final sea que los oncólogos en ejercicio no aceptan instruir a más de dos. Es un dato, además, que la capacidad objetiva del Hospital de Tórax permite formar cinco nuevos cirujanos de tórax cada año, y que los médicos del campo clínico de la Universidad de Chile no están dispuestos a formar más de dos.

A lo anterior, se suma la escasa disposición a aceptar que médicos oncólogos extranjeros, debidamente calificados por cierto, vengan a ejercer a Chile. Se les solicitan exámenes adicionales o se deja transcurrir el tiempo simplemente, o se llega a situaciones como que las Universidades de Concepción y de Santiago han resuelto ser ellas mismas quienes validen a dichos médicos.

El Honorable Senador señor Montes consignó que, sin perjuicio de avanzar en el despacho del contenido del proyecto de ley, la Comisión de Hacienda debiera entrar en el debate sobre la manera en que las universidades chilenas colaboran en la provisión de los especialistas que el país demanda. Escuchando, por ejemplo, a rectores de casas de estudios. Es posible, razonó, que la vinculación entre lo público y lo privado deba ser abordada desde una lógica distinta a la seguida hasta ahora.

El Honorable Senador señor Lagos observó que el Estado de Chile tiene una política de financiamiento de la educación superior. Y que nuestro país asiste a un permanente debate acerca de las políticas de desarrollo sustentable a implementar y dónde se van a poner los énfasis. Por ello, sostuvo, resulta complejo que la autoridad no cuente con atribuciones efectivas para, de algún modo, dirigir las políticas públicas que estima deseables, por ejemplo, en el ámbito de los especialistas de salud. Y, al mismo tiempo, es inaceptable que ni siquiera se admita que médicos extranjeros certificados vengan a cubrir necesidades que son evidentes.

SESIÓN DE FECHA 3 DE DICIEMBRE DE 2019

La Comisión recibió al **Director Médico de Cáncer UC, Presidente de la Fundación Chilesincáncer y miembro del Consejo Asesor del Cáncer, señor Bruno Nervi**, quien efectuó una presentación, en formato power point, del siguiente tenor:

Existen cuatro programas de formación en oncología médica en Chile (PUC, Universidad de Chile, Instituto Nacional del Cáncer y Fundación Arturo López Pérez).

El año 2018 se duplicó el número de cupos para formar especialistas (desde los 10-12 que existían previamente).

OBJETIVOS

Cáncer: Gran Problema, Gran Desigualdad, Gran Desafío y Gran Oportunidad.

Es una urgencia y requiere una ley

Tarea de todos: “Requiere la participación de muchos actores”

– Público: Ministerio de Salud (MINSAL), otros ministerios, gobiernos regionales.

– Sociedad Civil: universidades, sociedades científicas, fundaciones, agrupaciones de pacientes y empresarios.

Aporte del Consejo Asesor en Materias de Cáncer

Modelo Virtuoso de alianza Público-Privado (Hospital Sótero del Río)

- Cómo replicarlo: Modelo Reino Unido; Fundación Chilesincáncer

Capital Humano: Formación Oncólogos y Enfermeras de Práctica Avanzada

Investigación, innovación

Experiencias internacionales: UICC; Drogas de alto costo en Uruguay.

CÁNCER: GRAN PROBLEMA, GRAN DESIGUALDAD, GRAN DESAFÍO, GRAN OPORTUNIDAD

ES UNA URGENCIA Y REQUIERE UNA LEY

Cáncer es el principal problema de salud en Chile



Cáncer en Chile

2^a

CAUSA DE MUERTE

1^a

CAUSA DE MUERTE EN ALGUNAS REGIONES

25%

DE LAS MUERTES EN CHILE SON DEBIDO AL CÁNCER

55.000

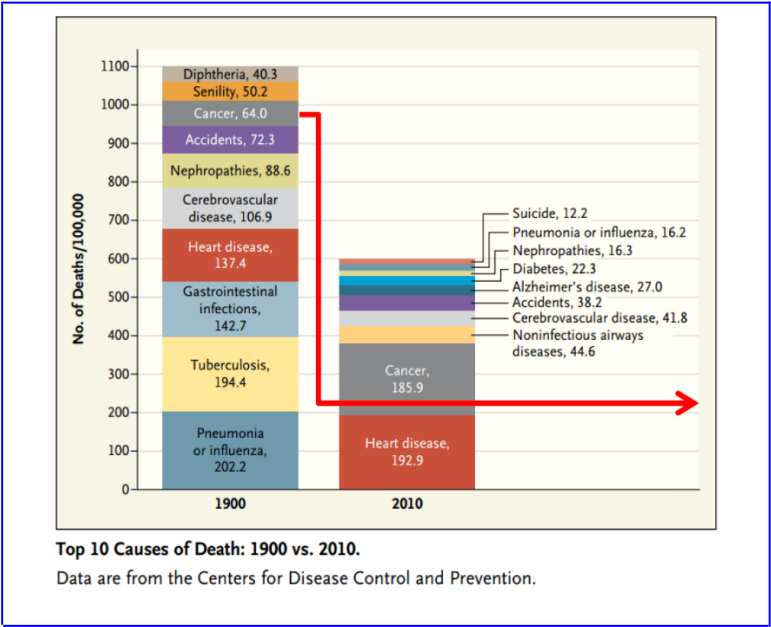
DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER EN 2018

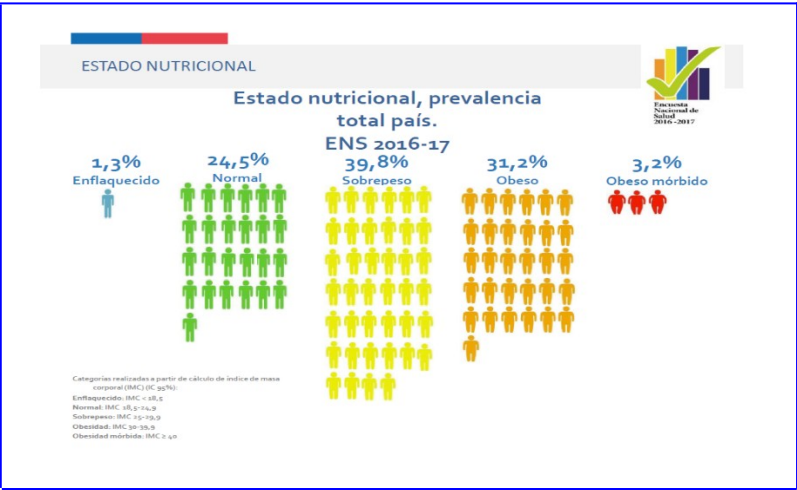
28.000

MUERTES AÑO EN 2018
3 POR HORA..... UNA EVITABLE

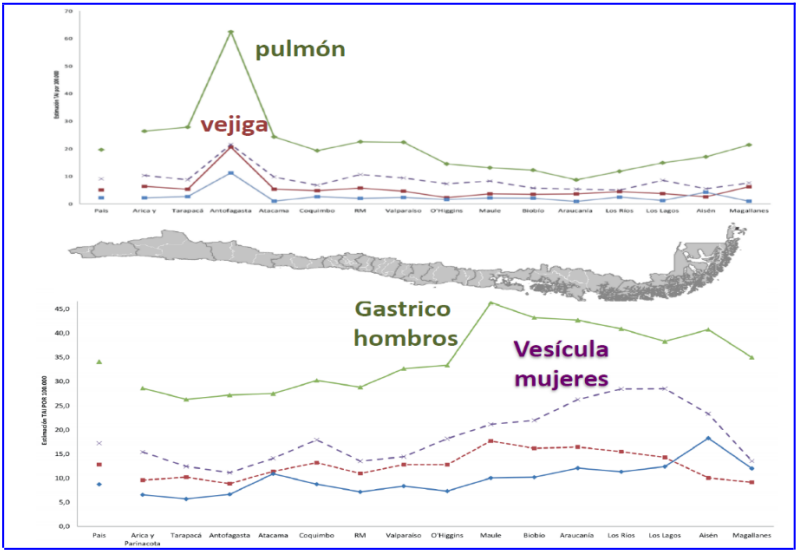
70%

TENEMOS PADRE, HERMANO, HIJO CON CÁNCER



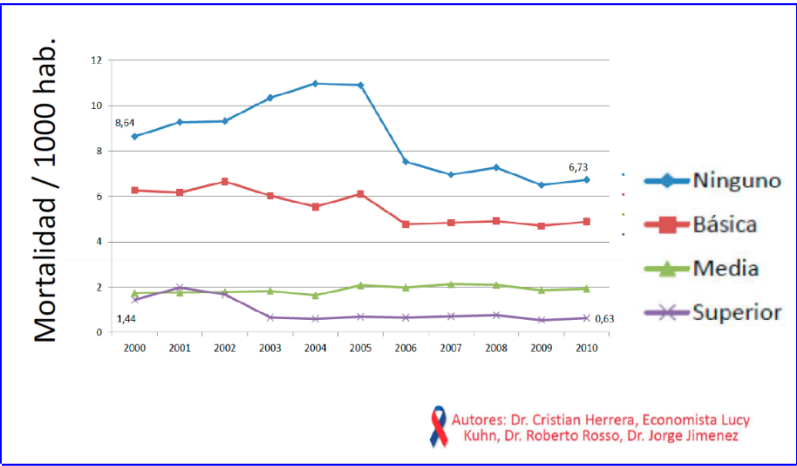


(Mayor riesgo de aparición de cáncer al existir obesidad)

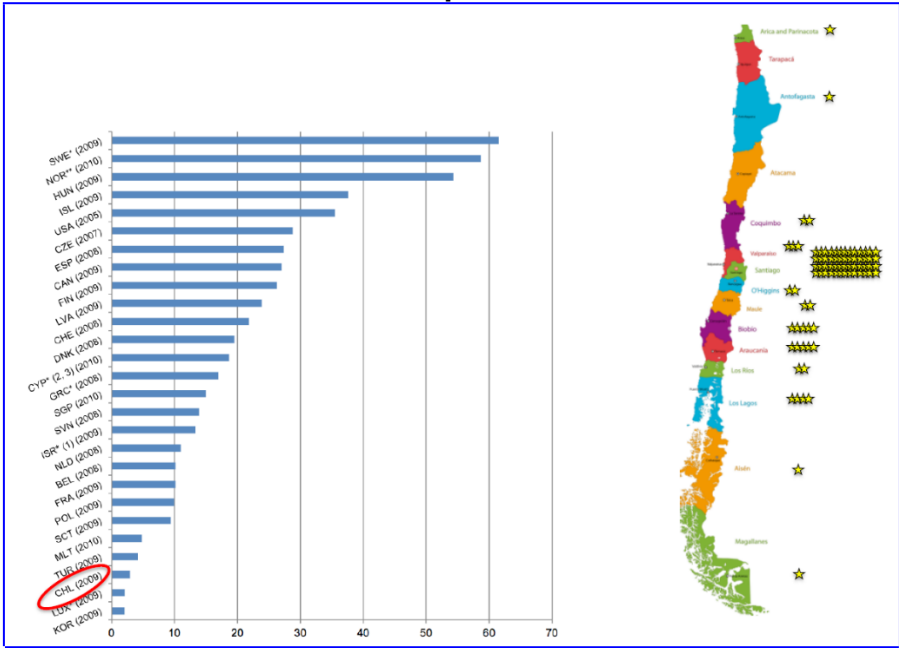


(En el norte prevalencia de cáncer de vejiga y pulmón)

Determinantes Sociales
Nivel educacional



Falta de especialistas en cáncer



(6 oncólogos por millón de habitantes en Chile y 30 en el caso de USA. Aquí hay 120 oncólogos médicos y debieran ser 400 de acuerdo a la situación de países similares, en Argentina hay 1.500 y en Brasil 3.000. Esto no ocurre en otras áreas como mortalidad infantil o muertes por infartos)

Pobre infraestructura y estrategia

- Pocos Centros de Cáncer.
- Radioterapia: 1.2 aceleradores/millón habitantes, OCDE recomienda 5/millón habitantes.
- Sillones de quimioterapia: tenemos 50%
- Pobres capacidades de tamizaje en atención primaria (mamógrafos, colonoscopios).
- Pobre navegación del paciente en el sistema.
- Formación ha dependido de los directores de los servicios de salud y un médico que tiene que hacer 3 años más de medicina interna con el compromiso de permanecer 6 años trabajando como internista en el respectivo servicio de salud. Reglamento obliga a que, con posterioridad a los 6 años mencionados, se puede postular a una beca de subespecialidad.

mientras que en el sistema público ello puede demorar hasta un año, considerando los exámenes que hay que hacer, la demora en horas médicas, etc.

Sin embargo, subrayó, en su experiencia personal de trabajo en la universidad, y en relación con lo público, por quince años nunca había visto que se reunieran los especialistas de distintas áreas con el Ministerio a armar un plan, por lo que valoró favorablemente el cambio de mirada sobre la materia que se ha producido en los dos últimos años, y puso de relieve el espacio que debe darse a la sociedad civil para potenciar el cambio.

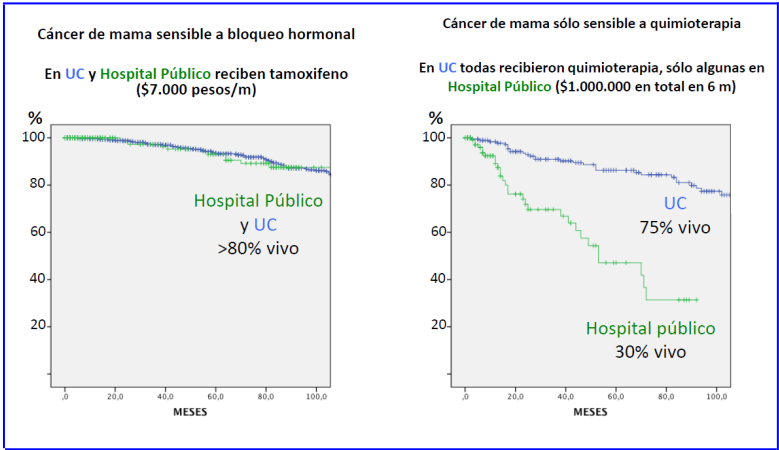
El **Honorable Senador señor Coloma** se refirió a la relación público-privada y al aporte de los privados y preguntó por la forma en que se opera en otros países.

El **señor Nervi** relató su experiencia en Inglaterra, donde el modelo no contempla centros privados de tratamiento para el cáncer. Todos los pacientes se tratan en centros públicos, que reciben la mitad de lo que gastan del Servicio Nacional de Salud, y entre la mitad y un tercio de donaciones. Detalló el caso de un centro de atención en Manchester, que es el más grande de Europa, que opera con un seis por ciento de donaciones de empresas, con beneficios tributarios; un treinta por ciento con donaciones de herencias, también con beneficios tributarios, y un sesenta por ciento de donaciones personales, que no tienen beneficios tributarios. El centro del cáncer recibe del gobierno un porcentaje de lo que se consigue por donaciones.

Sobre el particular precisó que en Chile, en la universidad se puede recibir una cantidad por concepto de la ley de donaciones a las universidades y que el Ministerio de Educación permite dar un certificado de beneficio tributario que devuelve el 50 % mientras que atribuye a gasto un 10%. Mencionó que lo mismo puede hacerse con el Ministerio de Desarrollo Social, usando la ley N° 19.885, para postergados sociales, que permite recibir donaciones como fundación, con beneficio tributario.

La **Honorable Senadora señora Goic** informó que en la Comisión de Salud el Ministro de Salud había comprometido \$60.000 millones para protección financiera de los pacientes que permitirían cubrir tratamientos que no están en el Auge ni en la ley Ricarte Soto. Recordó que siempre se ha aspirado a contar con los mismos recursos dispuestos para la ley Ricarte Soto, que ascienden a \$100.000 millones. Observó que en materia de infraestructura el Presidente de la República anunció un plan donde están los centros regionales, con un costo de \$300.000 millones, respecto de lo cual se comprometerían \$200.000 millones ahora. Destacó la importancia de conocer la forma en que serían utilizados los \$60.000 millones comprometidos.

Generamos información para políticas públicas



TAREA DE TODOS: “REQUIERE LA PARTICIPACIÓN DE MUCHOS ACTORES”

- PÚBLICO: MINSAL, OTROS MINISTERIOS, GOBIERNOS REGIONALES
- SOCIEDAD CIVIL: UNIVERSIDADES, SOCIEDADES CIENTÍFICAS, FUNDACIONES, AGRUPACIONES DE PACIENTES, EMPRESARIOS

APORTE DEL CONSEJO ASESOR EN MATERIAS DE CÁNCER

Consejo Asesor en Materias de Cáncer

Sociedades Científicas

Sociedad Chilena de Oncología Médica
Sociedad Chilena de Cancerología
Sociedad Chilena de Hematología
Sociedad Chilena de Radioterapia Oncológica
Sociedad Chilena de Medicina Paliativa
Sociedad Chilena de Anatomía Patológica
Sociedad Chilena de Pediatría Oncológica



Facultad de Medicina Universidad de Chile
Facultad de Medicina Universidad Católica
Fundación Foro Nacional de Cáncer
Fundación Chilesincáncer



Divisiones y Departamentos Ministerio de Salud

División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE

División de Políticas Públicas y Promoción de Salud, DIPOL

División de Gestión de Redes Asistenciales, DIGERA

División de Atención primaria, DIVAP

Departamento de Cáncer

Departamento de Jurídica

Cáncer

Los 5 puntos esenciales del Plan Nacional de

\$20.000 millones de pesos por año equipamiento e infraestructura hasta 2028.

1. Más oncólogos

2. Centros de alta complejidad:

3. Registro Nacional de Cáncer

4. Comisión Nacional de Cáncer

5. Fondo Nacional de Cáncer (que reciba donaciones con beneficio tributario)

MODELO VIRTUOSO DE ALIANZA PÚBLICO-PRIVADO (HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO)

- CÓMO REPLICARLO: MODELO UK; FUNDACIÓN CHILESINCÁNCER

Hospital Dr. Sótero del Río



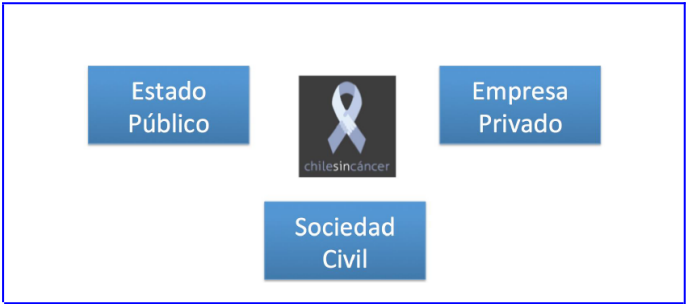
Labor asistencial / Docencia / Investigación



Misión de Chilesincáncer

- Cambiar la historia del cáncer en Chile.
- Mueren tres chilenos de cáncer cada hora, uno de ellos muere sin haber alcanzado a ser atendido.

Queremos que ese chileno tenga la oportunidad de recibir el mejor tratamiento





CAPITAL HUMANO:

– FORMACIÓN ONCÓLOGOS Y ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA

INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

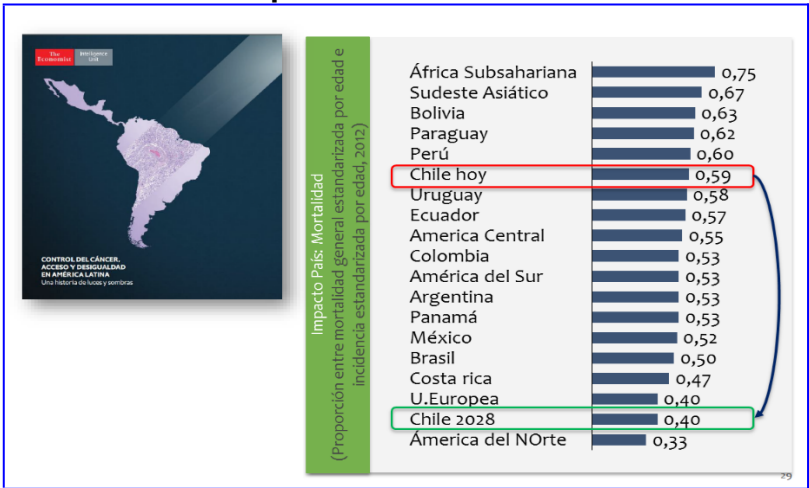
– UICC; DROGAS DE ALTO COSTO EN URU-
GUAY

Tabla 4: ICP: Resultados de América Latina

Puntaje general		Políticas y planificación		Servicios de salud		Sistema de salud y gobernanza	
1	Brasil 82.2	1	Brasil 94.4	1	Colombia 84.9	1	Uruguay 66.3
2	Colombia 80.3	2	Colombia 92.1	2	Brasil 84.1	2	Chile 64.9
3	Chile 74.9	3	Costa Rica 88	3	Chile 80.7	3	Brasil 54.1
4	Uruguay 74.9	4	Uruguay 84.3	4	Argentina 75.0	4	Ecuador 48.2
5	Argentina 71.4	5	Argentina 83.4	5	Uruguay 69.8	5	Perú 48.1
6	Costa Rica 70.1	6	Perú 83.3	PROMEDIO 64		PROMEDIO 47.9	
PROMEDIO 65.5		7	Panamá 81.6	6	Costa Rica 63.8	6	Colombia 47.5
7	Perú 64.9	PROMEDIO 75.8		7	México 61.9	7	Costa Rica 47.1
8	México 63.1	8	Chile 74.1	8	Perú 55	8	México 45.2
9	Panamá 61	9	México 73.2	9	Panamá 50.9	9	Panamá 40.4
10	Ecuador 54.2	10	Ecuador 65.2	10	Bolivia 50	10	Argentina 39.9
11	Paraguay 50.1	11	Paraguay 62.2	11	Ecuador 46.2	11	Bolivia 38.2
12	Bolivia 38.6	12	Bolivia 27.3	12	Paraguay 45.5	12	Paraguay 34.9



Impacto de la Mortalidad del cáncer en Chile.



El **Honorable Senador señor Pizarro**, en relación con el monto de \$20.000 millones fijado en el proyecto para equipamiento en una primera fase, consultó para cuánto realmente alcanzaría dicha cifra y cuánto sería lo que efectivamente se necesita para avanzar en la meta que se ha fijado el Ministerio de Salud en orden a contar el año 2028 con indicadores más adecuados para nuestra sociedad.

El **señor Nervi** señaló que el monto fijado es insuficiente. Sobre el particular, explicó que una persona que sufre un sangramiento rectal por un cáncer de colon puede recibir tratamiento en el sistema privado en un mes, mientras que en el sistema público ello puede

demorar hasta un año, considerando los exámenes que hay que hacer, la demora en horas médicas, etc.

Sin embargo, subrayó, en su experiencia personal de trabajo en la universidad y en relación con lo público durante quince años, nunca antes había visto que se reunieran los especialistas de distintas áreas con el Ministerio a armar un plan, por lo que valoró favorablemente el cambio de mirada sobre la materia que se ha producido en los dos últimos años, y puso de relieve el espacio que debe darse a la sociedad civil para potenciar el cambio.

El **Honorable Senador señor Coloma** se refirió a la relación público-privada y al aporte de los privados y preguntó por la forma en que se opera en otros países.

El **señor Nervi** relató su experiencia en Inglaterra, donde el modelo no contempla centros privados de tratamiento para el cáncer. Todos los pacientes se tratan en centros públicos, que reciben del Servicio Nacional de Salud la mitad de lo que gastan, mientras que entre la mitad y un tercio proviene de donaciones. Detalló el caso de un centro de atención en Manchester, que es el más grande de Europa, que opera con un seis por ciento de donaciones de empresas con beneficios tributarios; un treinta por ciento con donaciones de herencias, también con beneficios tributarios, y un sesenta por ciento de donaciones personales, que no tienen beneficios tributarios. El centro del cáncer recibe del gobierno un porcentaje de lo que se consigue por donaciones.

Precisó, a propósito de la universidad en que se desempeña, que en Chile se puede recibir una cantidad por concepto de la ley de donaciones a las universidades y que el Ministerio de Educación permite dar un certificado de beneficio tributario que devuelve el 50 % mientras que atribuye a gasto un 10%. Mencionó que lo mismo puede hacerse con el Ministerio de Desarrollo Social, usando la ley N° 19.885, para postergados sociales, que permite recibir donaciones como fundación, con beneficio tributario.

La **Honorable Senadora señora Goic** informó que en la Comisión de Salud el Ministro de Salud había comprometido \$60.000 millones para protección financiera de los pacientes, los que permitirían cubrir tratamientos que no están en el Auge ni en la Ley Ricarte Soto. Recordó que respecto de esta iniciativa siempre se ha aspirado a contar con los mismos recursos dispuestos para la ley Ricarte Soto, que ascienden a \$100.000 millones. Observó que en materia de infraestructura el Presidente de la República anunció un plan donde están los centros regionales, con un costo de \$300.000 millones, respecto de lo cual se comprometerían \$200.000 millones ahora. Destacó la importancia de conocer la forma en serían utilizados los \$60.000 millones comprometidos.

A continuación, la Comisión recibió a diversos representantes de la **Corporación ONCOMAMÁS, como las Directoras, señoras Soledad Herrera y Beatriz Troncoso; el asesor, señor Rodrigo Arismendi, y la socia, señora Claudia Medina**, quienes expusieron lo siguiente:

La **señora Beatriz Troncoso** manifestó que pertenecen a una corporación que agrupa madres y padres de niños con cáncer.

Acotó que, puntualmente, vienen a hablar de trasplante de médula. Explicó que se trata de un procedimiento curativo para enfermedades que tienen como única opción esa, caso contrario, morirán. Entre las enfermedades que requieren trasplante de médula como tratamiento, se encuentra el cáncer y otras enfermedades hematológicas que no son cáncer.

En el caso del cáncer, indicó que se encuentra garantizado por GES, pero no se está cumpliendo para los niños menores de 15 años.

Continuó la **señora Claudia Medina**, quien refirió encontrarse en representación de la aplasia medular severa, que consiste en una desaparición de las células encargadas de producir la sangre en la médula ósea, esto es, los niños que la padecen no tienen ni glóbulos rojos, ni glóbulos blancos, ni plaquetas, por lo que en cualquier momento y situaciones menores, pueden generar hemorragias severas que les causen la muerte.

Expuso que la aplasia se encuentra dentro de hematología, no en oncología, por lo que no cuenta con la cobertura GES. Sólo las personas que cuentan con salud privada tienen Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, CAEC, respecto de esta enfermedad.

Para los enfermos existen dos opciones, timoglobulina, que en algunos pacientes no funciona, y trasplante de células madre, que para algunos casos (2 a 7 niños en el país) es la única posibilidad.

Agregó que existe un déficit de trasplantes en el ámbito de enfermedades no oncológicas, debido a que no cuentan con la misma urgencia que se les asigna a los niños con leucemia, por lo que se encuentran al final de la lista de espera en el sistema público.

Señaló que su hijo fue trasplantado con donación de su padre, con un 70% de compatibilidad, cuestión que no se acepta en el sistema público, en que se exige 100% de compatibilidad.

Afirmó que en Talca se encuentran 12 niños entubados, esperando, que no pueden ser trasplantados.

Enseguida, el **señor Rodrigo Arismendi** expresó ser el fundador de “Apoyemos una Causa” y estar colaborando con ONCOMAMÁS.

Manifestó haber tomado hace 8 años el primer caso de trasplante de médula, con el objetivo de buscar una solución para quien no la encontraba.

Planteó su deseo de presentar dos casos, desde la experiencia de haber acompañado a familias que sufrieron la espera por un trasplante y el no cumplimiento de una garantía del Estado para con sus niños:

- Matías Romo, diagnosticado a los 3 años de leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia, con posible tratamiento de trasplante con la madre como donante. Estuvo casi 2 años en el sistema público esperando su indicación y ser trasplantado, lo que no ocurrió, por lo que fue llevado a un sistema privado y se encontraron tres donantes en Chile 100% compatibles, recibiendo su trasplante, 20 días después fue dado de alta y hoy tiene 13 años. Observó que el costo del trasplante fue de \$35 millones, logrado a través de donaciones por Apoyemos una Causa, y puede ser que el costo para el Estado de 2 años de quimioterapia -que no servía- haya sido superior a dicho monto.

- Brithany Rauque, fallecida el 22 de septiembre pasado, 13 años, la conoció en agosto del año 2018 y tuvo diagnóstico e indicación de trasplante en el mes de diciembre del mismo año, pero la salud pública indica que no existen donantes compatibles en su familia, aunque en mayo determinan que el padre sí es compatible. Finalmente, Brithany fue trasplantada en el sistema privado, financiada por aportes de personas, recibiendo trasplante de su hermano que sí era compatible, pero que en enero había sido descartado como donante por el sistema público.

Sostuvo que no puede seguir muriendo un niño cada 6 días por estas enfermedades, cuando muchos de ellos cuentan con un donante compatible. La lista de espera se actualiza mes a mes y siempre se mantiene con 90 niños dentro de ella.

La **señora Troncoso** manifestó que en Chile se existe, aproximadamente, un promedio de 11 trasplantes por millón de habitantes, y de acuerdo a estándares mundiales debiesen ser 31 trasplantes por millón de habitantes.

Observó que, si en la lista de espera o “Acta” se encuentran 90 niños y se hacen 30 trasplantes al año, cabe preguntarse

qué ocurre con los otros 60 niños, y la respuesta es que no tendrán oportunidad de sobrevivir, a pesar de tratarse de una prestación garantizada por GES.

Agregó que esos 60 niños no dejan de trasplantarse por falta de donantes, si no que pierden la indicación en el camino, debido a que no se respetan los tiempos establecidos por los protocolos del país -que son los mismos con estándares de la OCDE- y llevan a que, pasados unos meses, los niños recaigan en su enfermedad y pierdan la posibilidad de ser trasplantados, de conformidad a lo que establece el sistema público.

Ante una pregunta del **Honorable Senador señor Lagos**, se precisó que cuando la leucemia está activa no se puede hacer un trasplante, sino que hay que dar quimioterapia y lograr que se limpie la médula, y ese es el momento para trasplantar. Esa ventana dura algunas semanas. Si la espera es muy larga vuelve la leucemia y ya no se puede efectuar la operación. En el sistema público la espera puede significar la imposibilidad de hacer el trasplante, mientras que en el sistema privado se puede “reinducir” la desactivación de la enfermedad, para intentarlo nuevamente.

Asimismo, frente a una consulta del **Honorable Senador señor Pizarro** se señaló que el trasplante de médula que requieren generalmente los casos de aplasia es un procedimiento relativamente sencillo, aunque los cuidados asociados requieren condiciones muy específicas que elevan el costo.

La **señora Troncoso** reiteró que el problema se encuentra en el no cumplimiento de los tiempos que indican los protocolos del Programa de Drogas Antineoplásicas para niños (PINDA) que, por otro lado, ha sido eficaz en solucionar las cifras de cáncer infantil en Chile en lo que no se refiere a trasplantes.

Añadió que el Hospital Luis Calvo Mackenna es el único que hace trasplantes de médula, por lo que no existe la capacidad para atender a todos los niños que lo requieren, incluso sumando el sector privado. Acotó que, pesar de tratarse de enfermedad con cobertura GES, no ha conocido de alguna derivación del sector público al sector privado.

Concluyó haciendo un llamado a que se defina como política pública abrir un nuevo centro de trasplantes o aumentar la capacidad instalada para abordar los 60 casos anuales que no pueden ser tratados.

Enseguida, la Comisión recibió a la **Organización de Pacientes Oncológicos Fundación Nuevo Renacer**, cuya Presidenta, señora **Antonia Toledo**, expuso lo siguiente:

CON LOS PACIENTES EN EL CENTRO

La carga creciente del cáncer no afectará únicamente a los pacientes y a sus familias, sino que también representará un problema importante para los sistemas sanitarios y para la futura competitividad económica de Chile

Referencia según recomendación: Coalición Europea De Pacientes Oncológicos

FUNDACIÓN NUEVO RENACER

SOBRE NOSOTROS

- Fundación de pacientes oncológicos que busca nuevas formas de favorecer, dinamizar y promover todo tipo de acciones para el bienestar de las familias (pacientes y cuidadores) con cáncer en Chile.

- Foco en impulsar proyectos y actividades educativas, preventivas, sociales y de soporte desde la pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las familias con cáncer.

- Brindar acompañamiento emocional y cercano incluso hasta el término de la vida.

UNA SOLA VOZ

Compartiendo Vivencias

Empoderar a los pacientes oncológicos en Chile a través de la difusión transparente y clara de la información médica, científica, tecnologías innovadoras y políticas públicas en salud.

Estrategia de crecimiento

Progresar en la Construcción de un Futuro Centralizado en los Pacientes

Se han declarado disidentes respecto del proyecto de ley, dado que quieren una ley del cáncer, pero con participación y que entregue protección financiera directamente al paciente, a su familia y a quienes lo cuidan.

Artículo 14

Fondo Nacional del Cáncer

La ley debería considerar asignación presupuestaria basal inmediata, obligatoria y reconocida en la Ley de Presupuestos. Esta asignación debería asegurar el cabal cumplimiento de la ley.

De igual manera, se pueden incluir mecanismos para generar presupuesto adicional escalonado por año para cubrir las necesidades futuras de esta enfermedad (presenta mutaciones y avances acelerados que requieren presupuestos escalonados que permitan abordar cambios de la enfermedad).

Que el fondo asegure aportes a proyectos de corporaciones y fundaciones de pacientes que realizan trabajo comprobado en el área. Tales como: **acompañamiento**, sensibilización, educación comunitaria (promoción), participación en políticas públicas en salud, entre otros.

Para la mejor gestión del Fondo se requiere:

- Transparentar la procedencia de las donaciones.
- Crear e implementar un portal electrónico público donde se pueda visibilizar los diferentes aportes, movimientos y socios colaboradores (Transparencia Activa).
- Crear un ente regulador independiente para las asignaciones y fiscalizaciones de los fondos.

La ley debe considerar una red de atención integral a nivel nacional que incluya hospitales públicos y privados para atención de pacientes en diagnóstico, tratamiento, control y ley de urgencias consagrando que cualquier ciudadano tenga cobertura universal.

La ley debe garantizar el acceso rápido y oportuno a todos los tratamientos con financiamiento universal y de calidad, respaldados con estudios clínicos y datos científicos avalados por los diferentes estamentos de nivel nacional e internacional

- Como Organizaciones de Pacientes proponen evaluar la eliminación del IVA en los medicamentos oncológicos
- Que se tome en consideración una comisión transversal multidisciplinaria conformada por especialistas oncólogos, académicos y pacientes con representación constante y fija.
- A falta de garantías financieras de la ley esta debe dejar explícito el aporte estatal.

- Asignar los recursos necesarios provenientes del Estado, asegurando la calidad de vida de los pacientes, familia y cuidadores.

- Se debe incorporar la protección financiera garantizada para el paciente y cuidadores.

- Reforzar el marco normativo de lo que ya está establecido en la ley centrada en la atención integral de los pacientes con cáncer sin perder el objetivo de innovar.

- Hoy acceder a los tratamientos de alto costo o innovadores se considera según resultados o progresión de la enfermedad generando en el tiempo un alto costo en salud pública y en calidad de vida para los pacientes.

El financiamiento de la ley no debe depender de un fondo concursable donde se consideran inversiones para proyectos de investigación, registro clínico de pacientes, capacitación, etc. Dejando de priorizar la atención centrada en las necesidades del paciente.

- Incluir una herramienta tanto para Fonasa como Isapre de seguimiento a cada paciente diagnosticado.

- En el caso de las Isapres mandar para crear unidades de atención especial a pacientes oncológicos, al menos en lo que respecta a orientación oportuna.

- Dentro de este Fondo se debe reflejar una solución al problema de pacientes en regiones que hoy deben ir a Santiago para recibir tratamientos y que carecen de una casa de acogida.

- Muchos debido a los costos de una pensión, interrumpen sus tratamientos al no poder costear un alojamiento.

- Fonasa reembolsa a centros de atención como hospitales las prestaciones generales.

- Crear un ítem especial para que lo oncológico sea devuelto y reinvertido en la misma área. Muchos de los recursos por atenciones que devuelve Fonasa, van al presupuesto común y se destina para pagar otros servicios de salud como deudas hospitalarias.

- Proponemos que exista una diferencia la cual sea devuelta rápidamente para reinvertir en el servicio de oncología lo que corresponde a oncología.

Instituto Nacional del Cáncer. No trabaja a nivel nacional, sólo corresponde a 8 comunas del área de la Región Metropolitana

norte, no funciona con fondos directos del Estado sino que con los recursos del Servicio de Salud Metropolitano Norte que son insuficientes. Proponen que sea el centro conductor desde donde se monitoreen todas las otras entidades oncológicas del país, incluyendo que los especialistas de ese lugar preparen a nuevos especialistas para el resto del país.

Artículo 7° Guías Clínicas.

Que existan protocolos y guías clínicas más claras, abriéndolas a todos los tipos de cáncer con prioridad en sus tratamientos. Asegurando su implementación oportuna con los recursos necesarios.

Revisión semestral con un encargado que entregue un informe sobre el estatus de actualización de dichas guías clínicas.

Gestar protocolos con prioridad en acceso oportuno universal.

Hacer la notificación obligatoria es positiva para determinar la realidad de la prevalencia del cáncer en Chile.

El cáncer no discrimina entre AUGE o GES y un paciente con un cáncer no AUGE siente discriminación, postergación de sus derechos a una atención digna al no acceder a tratamientos innovadores, siendo una enfermedad que crece vertiginosamente. Revisar el plan dos veces al año sería lo más adecuado teniendo en cuenta el avance que tienen las terapias y la misma enfermedad.

Artículo 9° Comisión Nacional del Cáncer.

- Transparentar la creación de la comisión y sus integrantes.

- Establecer el responsable del monitoreo, seguimiento e implementación.

- Gestión pública de la ley.

- Asegurar participación de los pacientes durante todo el proceso de tramitación de la ley.

Asegurar que los pacientes sean representados y reconocidos por instancias validadas legalmente con trabajo serio, responsable y representativas del país (incluyendo también las regiones).

Se debe considerar crear una mesa multidimensional que integre agentes a nivel presidencial, consejo de ministros (Desarrollo Social y Familia, Mujer y Equidad de Género, Educación, Trabajo y Previsión Social, además de la sociedad civil, entre otros) centrada en la voz de agrupaciones de pacientes. Paciente oncológico pierde su trabajo, o si es estudiante debe congelar su carrera, etc.

Consideraciones para una nueva Comisión Nacional del Cáncer.

Esta comisión debe contar con representación de la Presidencia de la República, a quién se entregará un informe detallado con cuentas y trabajo, de manera de transparentar los procesos en periodos trimestrales.

Posicionar al Instituto Nacional del Cáncer como centro líder para el cuidado y tratamiento de los pacientes oncológicos en Chile y que cuente con financiamiento del Estado bajo la administración del Ministerio de Salud.

Desarrollar un código de buenas prácticas transparente y sólido para guiar las relaciones entre las organizaciones de pacientes y la industria (incluidos sus representantes y consultores). Alentamos a todas las organizaciones de pacientes a adoptar este Código cuando entablen un diálogo, una asociación de trabajo, una iniciativa conjunta y cuando acepten el apoyo de cualquier fuente de financiamiento (importante escuchar a la industria, aunque muchas veces se la presente como la culpable de la crisis).

- Un acceso laboral con equidad (protección en caso de cáncer): hoy las mujeres están participando menos en el mercado laboral con un campo de acción en servicios informales, a esto debemos sumar los bajos ingresos y pensiones por lagunas previsionales maternales, sometién dose a altos niveles de estrés por llevar adelante las obligaciones de casa y de sus hijos con menos sueldo y jubilación.

- Acoger y comprometer la protección laboral del cáncer velando por la integridad de las condiciones laborales tanto para el paciente, cuidador o familiar responsable de su bienestar y cuidado.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS

Hacer una Declaración de Derechos que englobe la opinión de líderes en oncología y en la defensa del paciente, trabajando en conjunto con organizaciones de pacientes nacionales e internacionales y a muchos millones de pacientes y supervivientes de cáncer en Chile.

Replicar y atender buenas prácticas nos hace avanzar hacia un futuro con dignidad y calidad de vida

En el mundo una de cada tres personas muere a causa de esta enfermedad. El cáncer no conoce fronteras y afecta a todos los sectores de la sociedad a pesar de las circunscripciones individuales, la presentación de la **Declaración Europea** de los Derechos del Paciente de Cáncer demuestra que no se trata de competir los unos con los otros, sino todos contra el enemigo común: **EL CÁNCER**.

Artículo 1: El derecho de todos los ciudadanos a recibir la información más exacta y a estar implicados en su atención sanitaria de forma proactiva.

Artículo 2: El derecho de todos los ciudadanos a un acceso óptimo y a tiempo a una atención especializada adecuada, basada en la investigación y la innovación.

Artículo 3: El derecho de todos los ciudadanos a recibir atención en sistemas sanitarios que garanticen una evolución positiva, la rehabilitación del paciente, una mejor calidad de vida y una atención médica asequible con cobertura universal.

Concluyó reiterando que, como organización, quieren que se apruebe una ley del cáncer, pero requieren que el actual proyecto sea modificado en el sentido que han expuesto, que tenga beneficio directo al paciente, sus familias y cuidadores, en que el Estado se haga cargo del financiamiento correspondiente. El derecho a vivir el cáncer con dignidad es un deber del Estado.

El **Honorable Senador señor Lagos** consultó a la representante de la organización si habían expuesto su posición sobre el proyecto durante su tramitación en la Comisión de Salud, señalando la señora Toledo que no lo habían hecho, ya que desde el principio han manifestado su disconformidad con su enfoque, razón por la cual agradecían haber sido invitadas a exponer su posición ante esta Comisión.

La **señora Toledo** hizo notar que aún es tiempo de concordar posturas de manera que los pacientes del sistema público de salud se sientan beneficiados por este proyecto de ley.

La **Honorable Senadora señora Goic** informó que para no hacer tan extensas las intervenciones en la Comisión de Salud se había efectuado un seminario, lo que se consolidó en una vocería de distintas organizaciones, con la finalidad de poder agilizar la tramitación, destacando además que no existe un proyecto de ley que haya sido tan participativo en términos de recibir opiniones como el que está en discusión.

A una consulta del **Honorable Senador señor Pi-zarro** precisó que no se oponen a que haya aportes de entidades privadas, pero su aspiración es que la cobertura total del tratamiento de la enfermedad, incluidos los medicamentos, se garantice por el Estado.

La **Honorable Senadora señora Goic** consideró brillante la forma de plantear los puntos que todos han luchado por conseguir en el marco de una ley nacional.

Acotó que se hizo un seminario en el edificio de Santiago del Congreso Nacional, y a partir de ese evento se hizo una vocería con una presentación de distintas organizaciones, de modo de poder agilizar la tramitación por parte de la Comisión de Salud. Además, se dio una participación amplia para recibir opiniones mediante la plataforma digital “Ley Nacional del Cáncer CoLab”.

La **señora Toledo** expresó que cuentan con una campaña llamada “Ponte en mis Zapatos” que busca sensibilizar acerca de lo que viven los pacientes oncológicos y quienes les rodean.

A continuación, la Comisión recibió a la **Corporación Valientes, cuya Presidenta, señora Mónica Toro**, manifestó que la entidad agrupa a mujeres con cáncer de mamas y metastásico de la Región de Valparaíso. Explicó que necesitan con suma urgencia, dentro del marco de una ley nacional del cáncer que discuten, un financiamiento garantizado por el Estado, de modo que los tiempos de espera se acoten y exista seguridad para los pacientes. Añadió que revisten máxima importancia los medicamentos de alto costo, muchos de los cuales no se encuentran en la canasta GES.

Expuso el caso de Susana Olivares, Secretaria de la Corporación Valientes, con cáncer metastásico a los 39 años de edad, por lo que requiere un medicamento, palbociclib, con un valor de \$5 millones cada 21 días. Agregó que Susana lleva dos cajas, la primera la compró con un crédito de consumo, la segunda con la venta del vehículo de su padre y rifas comunitarias, y para la tercera seguirán haciendo rifas sin saber si llegarán al monto requerido. Acotó que en España se entrega gratuitamente.

Mencionó que Pamela Garrido, Presidenta de la Corporación, fallecida, necesitaba el mismo medicamento, pero no lo pudo adquirir.

En otro ámbito, señaló que se requiere investigación y análisis, test genéticos, porque tienen casos de mujeres entre 25 y 39 años con metástasis, para saber qué medicamento necesitan.

Observó que las quimioterapias y radioterapias son universales en el sistema público, pero sin test y estudios adecuados no saben si serán efectivos o no. En su caso personal, se atendió por sistema público, y otra persona con el mismo diagnóstico se atendió en FALP, recibiendo quimioterapias específicas a las que ella no accedió.

Relevó que es fundamental que la ley nacional del cáncer sea para todo tipo de personas, transversalmente, sin distinción por tipo de cáncer ni sistema de salud.

La **paciente oncológica, señora Rosita Torres**, planteó lo referido a prevención, sustentada en recursos y presupuesto, con ejemplos extraídos del sistema británico, para entender cómo debe hacerse. Consideró que el proyecto de ley es excelente en dicho ámbito y los cuestionamientos sólo se dan por el aspecto presupuestario.

Respecto del posible abuso o mal uso de los recursos del Estado al derivar pacientes al sistema privado, señaló que el proyecto de ley contempla un organismo que debe supervisar la pertinencia de los gastos y el buen uso de los recursos, por lo que no debiese existir un problema en ese sentido. Añadió que lo mismo debiese ocurrir en cuanto a la formación de especialistas.

Actualmente, se atenderían por cáncer entre el 3% y el 5% de la población, por lo que, considerando a sus familias, se llegaría casi a 3 millones de personas que se beneficiarían si la ley se aprueba con el presupuesto necesario.

La **señora Toro** hizo ver lo referente a la reinserción laboral, por cuanto los pacientes, al regresar a sus labores, debieran acceder a jornadas reducidas por el cansancio y agotamiento que presentan. Asimismo, los pacientes se enfrentan a cuestionamientos de sus licencias médicas, lo que provoca mayor estrés.

Otra materia que debe considerarse, añadió, es el acceso a rehabilitación psicológica, tanto del paciente como de su familia.

Citó el caso de Leonor, otra persona de la Corporación Valientes, que se agravó y durante 5 días deambuló por diferentes centros hospitalarios sin recibir atención por su patología, hasta que al quinto día la atendió un especialista, pero esa misma jornada falleció.

Finalmente, tocó un tema puntual relativo a la reconstrucción mamaria, que implica muchísimo tiempo de espera y no es atendido adecuadamente.

El **Honorable Senador señor Lagos** recordó que en la sesión anterior se había planteado un tema respecto de la falta de especialistas en oncología, lo que se había reiterado en exposiciones de esta sesión, en que se habían expuesto cifras que mostraban regiones del país en que no hay oncólogos o sólo hay uno; comparando dicha situación con la que existe en otros países de nivel de desarrollo similar al nuestro, respecto de los cuales estamos por debajo, lo que provoca inquietud entre los miembros de la Comisión.

Manifestó que hay quienes no quieren que el sector privado reciba recursos para dar tratamientos de salud, porque estiman que esos recursos debieran privilegiarse para el sector público, donde podrían obtener un mayor rendimiento desde el punto de vista de la eficacia. Sobre el particular subrayó que en materia de financiamiento las atribuciones de los congresistas son limitadas, pudiendo aprobar, reducir o rechazar lo propuesto, pero no aumentar un presupuesto determinado, lo que es atribución exclusiva del Ejecutivo.

El **Honorable Senador señor Pizarro** se refirió al distinto valor que tienen ciertos fármacos y expresó que éste es un tema que ha formado parte del debate del último tiempo, por los efectos sociales que tiene y por la necesidad de todas las personas de acceder a fármacos eficientes y más baratos. Por ello, señaló, en el proyecto de ley conocido como “ley de fármacos II” se va a propender a que haya una relación de precios máximos entre lo que existe a nivel internacional, para evitar que se produzcan diferencias absurdas, que imposibilitan que una persona enferma pueda recibir un tratamiento adecuado, o que el propio Estado pueda atender las necesidades de la población, situación que no sólo afecta a los pacientes afectados por cáncer. Manifestó que deben trabajar en la línea de mejorar la situación planteada de forma urgente.

Enseguida, la Comisión recibió a la **Cámara de Innovación Farmacéutica de Chile A.G. (CIF)**, cuya **Vicepresidenta Ejecutiva, señora Mariela Formas**, efectuó una presentación, en formato power point, del siguiente tenor:

Agenda

1. Presentación CIF
2. Relevancia del cáncer en el país
 - a. Mortalidad e Incidencia
 - b. Economía del cáncer
3. Comentarios y Sugerencias CIF sobre texto del proyecto de ley

miento

4. Elementos prioritarios que requieren financiamiento

- a) Registros y Datos
- b) Prevención
- c) Detección temprana: exámenes ('tests')
- d) Cobertura actual y futura
- e) Institucionalidad ETESA

5. Mecanismos de Financiamiento

- Existen dos universos de medicamentos, uno de los cuales son los innovadores, que son utilizados por los pacientes de cáncer y otras patologías complejas, y que se encuentran agrupados en la Cámara de Innovación Farmacéutica.

Estos medicamentos no son los que se encuentran en el reciente estudio de la Fiscalía Nacional Económica sobre precios de los medicamentos y falencias en el uso de bioequivalentes, dado que los medicamentos innovadores no son ni genéricos de marca ni cuentan con bioequivalentes, ni siquiera llegan a las farmacias en la mayoría de los casos, muchas veces son personalizados y por ello presentan un alto costo justificado por su eficacia.

El otro universo son los genéricos, que cuenta con 4 conjuntos: genéricos, genéricos bioequivalentes, genéricos de marca y los genéricos de marca bioequivalentes.

Los medicamentos genéricos de marca son una anomalía de mercado que sólo se presenta en Chile, en el resto de los países se regula como un mercado ético, a excepción de un modelo hiperneoliberalista como el de nuestro país, en que no se regula ningún mercado.

- El modelo europeo implica regulación de mercados, pero no recurriendo a la fijación de precios, porque eso no ha funcionado bien. Se traspasa el gasto a los seguros públicos y privados, que, contando con un poder comprador enorme, son capaces de comprar genéricos bioequivalentes (no de marcas) con fiscalización de plantas para asegurar calidad, logrando bajar los precios del sistema.

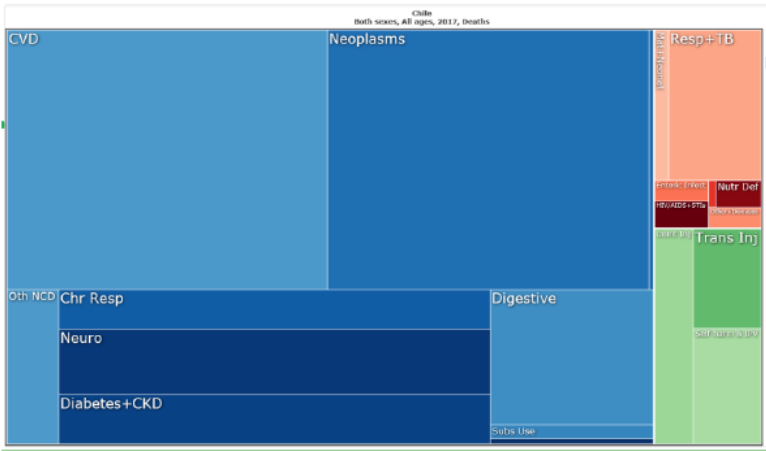


Operación en más de 120 países del mundo, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de todos los chilenos con medicamentos de última generación.

Relevancia del cáncer en el país

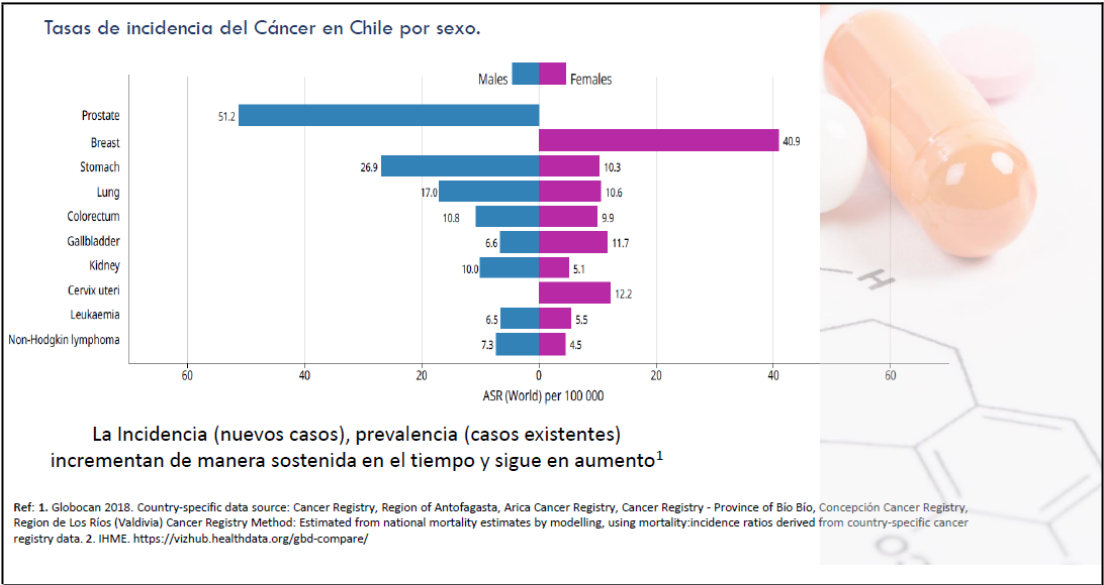
Relevancia del Cáncer en el país

En Chile, el 23,8% de la mortalidad nacional se debe a cáncer, situándose como la segunda causa en salud ¹, y se estima será la #1 al 2023².



Causas de muerte en Chile relacionadas con salud³

Ref: 1. A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy. Jimenez de la Jara et al. Biological Research 2015, 48:10. 2. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. MinSal. 3. IHME. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

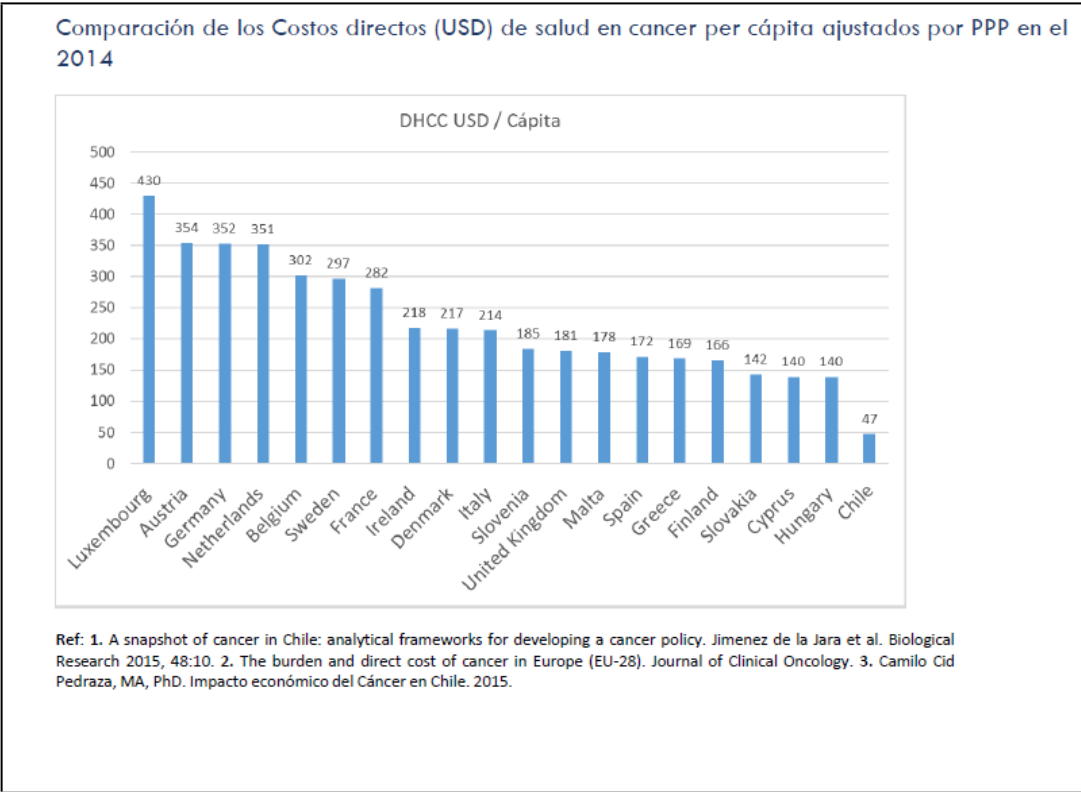


Avanza la tasa de incidencia por falta de prevención y diagnóstico oportuno. Los tipos de cáncer con mayor prevalencia son próstata y mamas.

Según cálculos el Dr. Jiménez de la Jara, et al³, para Chile el costo total del Cáncer es de 2.100 millones de dólares (1% del PIB).

	CLP 2012	Dólares 2012
Costo Directo Cáncer	349.521.261.143	720.662.394
Gasto Cáncer FONASA	161.274.899.402	332.525.566
Gasto Cáncer MLE	70.615.522.383	145.599.015
Gasto Cáncer ISAPRE	117.630.839.358	242.537.813
Gasto Directo Per Cápita	22.873	47
Costo Indirecto Cáncer	672.405.741.343	1.386.403.590
Ausentismo laboral	20.166.608.743	41.580.637
AVPP	652.239.132.600	1.344.822.954
Costo Total	1.021.927.002.485	2.107.065.985
Gasto Cáncer/Gasto Total en salud	12,60%	
Gasto Cáncer /PIB	1,0%	

Ref: 1. A snapshot of cancer in Chile: analytical frameworks for developing a cancer policy. Jimenez de la Jara et al. Biological Research 2015, 48:10 2. Camilo Cid Pedraza, MA, PhD. Impacto económico del Cáncer en Chile. 2015.



Existe una diferencia de US\$100 respecto de lo que invierte Chile y el promedio de lo que invierten otros países OCDE, considerando prevención y tratamiento.

Comentarios y Sugerencias CIF sobre texto del proyecto de ley.

Consideraciones principales:

- Asegurar financiamiento para la apropiada implementación del plan de cáncer.
- Actualización anual de guías de manejo (cada 5 años ha cambiado todo, el plazo debe ser mucho más breve).
- Revisión del “fondo” nacional para que los recursos puedan solicitarse para otros aspectos y no solo para investigación clínica.
- Fortalecimiento de la atención primaria y formación de profesionales.
- Fortalecer GES y Ley Ricarte Soto (LRS) con revisión continua de inclusión de nuevas tecnologías (anual como mínimo).
- Constituir marco regulatorio (*framework*) para alianzas público privadas.

- Importancia de “inversión” en control del cáncer para alcanzar las metas de desarrollo sostenible (SDGs) e impulsar el avance hacia un sistema de cobertura universal.
- Aproximación coherente de inversión que comprenda el trayecto del paciente (“*patient journey*”) desde prevención/diagnóstico temprano hasta tratamiento y cuidados paliativos.
- Ley de cáncer como la plataforma para una hoja de ruta (“*roadmap*”) de inversión a largo plazo para reducir las de muertes por cáncer y su impacto en la productividad del país.

Elementos prioritarios que requieren financiamiento.

¿Por qué Chile debe invertir?	
Registros y Datos	• Permite dimensionar correctamente la situación. • Crear políticas en salud pública basadas en evidencia • Desarrollo de intervenciones adecuadas para mejor control y cuidado del cáncer y minimizar la carga económica.
Prevención	Dirigida a factores de riesgo (e.g. tabaquismo, obesidad..) para disminuir la incidencia (nuevos casos) de cáncer y evitar gastos relacionados con morbi-mortalidad.
Detección temprana: exámenes ('tests')	Conduce a intervención oportuna, en busca de mejorar y extender la vida (en algunos casos potencial cura) con menor impacto macro y micro económico
ETESA	Decisiones rigurosas y técnicas para inclusión de medicamentos en coberturas, considerando <u>valor</u> multidimensional: clínico, económico, social, paciente.
Cobertura actual y futura	Asegurar cuidado óptimo con tecnologías que aportan mejor salud para la población vulnerable

(ETESA: evaluación de tecnología sanitaria / con base científica para poder llegar a cobertura)

Mecanismos de Financiamiento

Escenarios del LSE (London School of Economics) de financiamiento basados en productos incremento a la tasa impositiva de productos nocivos¹

Tipo de Impuesto ¹	%
Sobre la cerveza	20
Sobre el vino	26,5
Sobre bebidas alcohólicas	32
Sobre los cigarrillos	35
Sobre los puros	57,6
Sobre la picadura de tabaco	64,7

Impacto en recaudación
para cáncer: 165,2 a
221,57 millones de USD¹

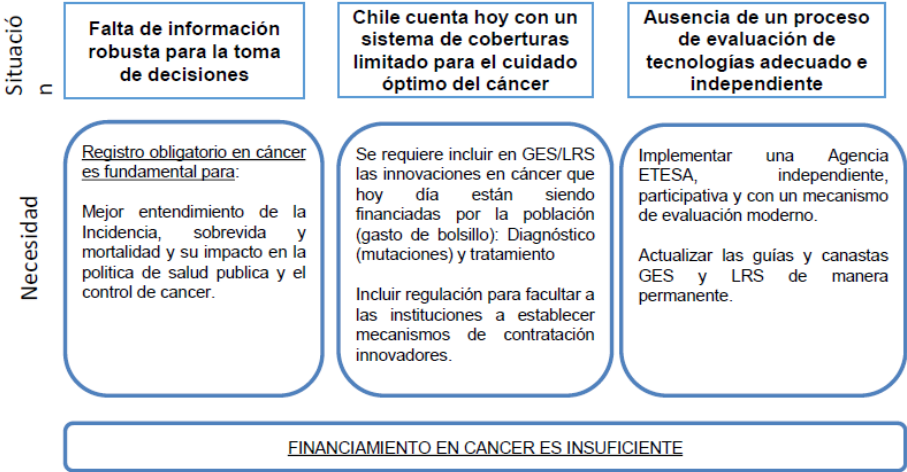
-aumento de 5 puntos porcentuales sobre el % actual-

Ref: 1. Panos Kanavos, Georgia Colville Parkin, Bregtje Kamphuis, Jennifer Gill. Visión general del sistema de salud de América Latina. London School of Economics. Agosto 2019

(En nuestro país US\$47 per cápita equivalen a 3% del gasto en salud, para llegar a US\$150 se debe considerar subir impuestos a productos más dañinos en cuanto a provocar las enfermedades, aportarían US\$14 adicionales per cápita, por lo que se requieren recursos públicos de base)

ANEXOS

Ejes Fundamentales Ley de Cáncer



Coberturas Actuales en Cáncer

Hay más de 120 tipos de cáncer y tan solo 20 algún tipo de cobertura en Chile¹ (Ref:1. Cancer.org&Cancer.net)

- 17 Patologías de Cáncer en GES 85

	3. Cáncer cérvico-uterino.
avanzado	4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer
más.	8. Cáncer de mama en personas de 15 años y
	14. Cáncer en personas menores de 15 años.
más.	16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y
	17. Linfomas en personas de 15 años y más.
	27. Cáncer gástrico.
más.	28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y
	43. Tumores primarios del sistema nervioso cen-
	tral en personas de 15 años y más.
	45. Leucemia en personas de 15 años y más.
más.	70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y
	71. Cáncer de ovario epitelial.
	72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más.
más.	81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y
	82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en
	personas de 15 años y más.
	83. Cáncer renal en personas de 15 años y más.
más.	84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y

- 4 medicamentos de 27 LRS

11. Cáncer de Mamas HER2+
- Trastuzumab

17. Tumores neuroendocrinos

- Everolimus
- Sunitinib

20. Mielofibrosis

- Ruxolitinib

24. Tumores del estroma gastrointestinal no resecables metastásicos–GIIST

- Imatinib
- Sunitinib

El **Honorable Senador señor Lagos**, en relación a la afirmación de que el control de precios no ha funcionado, como en el caso colombiano, recordó el reciente informe de la Fiscalía Nacional Económica sobre precios de los medicamentos, y mencionó que hace algunas semanas se informó que en Canadá se estaban introduciendo regulaciones que iban al tema de los precios, preguntándole si sabe por qué un país de la OCDE como Canadá, que tiene severas reglas en materia de propiedad intelectual, que opera con una economía de mercado pero que simultáneamente tiene una potente política de seguridad social y un alto nivel de ingresos, concluye que no tiene otra forma de lidiar con los precios de los medicamentos que no sea la de regularlos.

La **señora Formas** señaló que si bien desconoce el caso de Canadá puede afirmar que en algunos países europeos los comités de evaluación utilizan la situación de otros países similares por tamaño y riqueza, con coberturas similares, de modo de hacer comparable la información porque la metodología de referenciación es compleja, ya que requiere estandarizar la información.

Mencionó el caso de Argentina, que tiene al menos cinco tipos de seguro, que cubren el 99% de la población, por lo que el 70% del precio está cubierto de alguna forma por el Estado.

Señaló que existe un sistema de referenciación de precios que es parte de las negociaciones que se dan al interior del Comité de precios y reembolsos, y que hay metodología bastante desarrollada al respecto, pero en Chile se habla de fijación de precios del conjunto completo. Destacó que Chile aspira al modelo europeo y no al de Estados Unidos de Norteamérica.

El **asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Jaime González**, se refirió a los proyectos de ley sobre fármacos que impulsa el Ministerio de Salud, e informó que aquel conocido como “Fármacos II”, que establece un observatorio de medicamentos, fue despachado la semana anterior por la Cámara de Diputados, por lo que pasó a tercer trámite en el Senado.

En relación al proyecto de ley que involucra a CENABAST, indicó que el Ejecutivo presentó un mecanismo de regulación de precios de medicamentos, a efecto de que sean internados directamente por la entidad pública.

Respecto del proyecto de ley en discusión, explicó que lo que se hace es fijar un objetivo, regular un Plan Nacional de Cáncer, establecer un Fondo y una Comisión permanente.

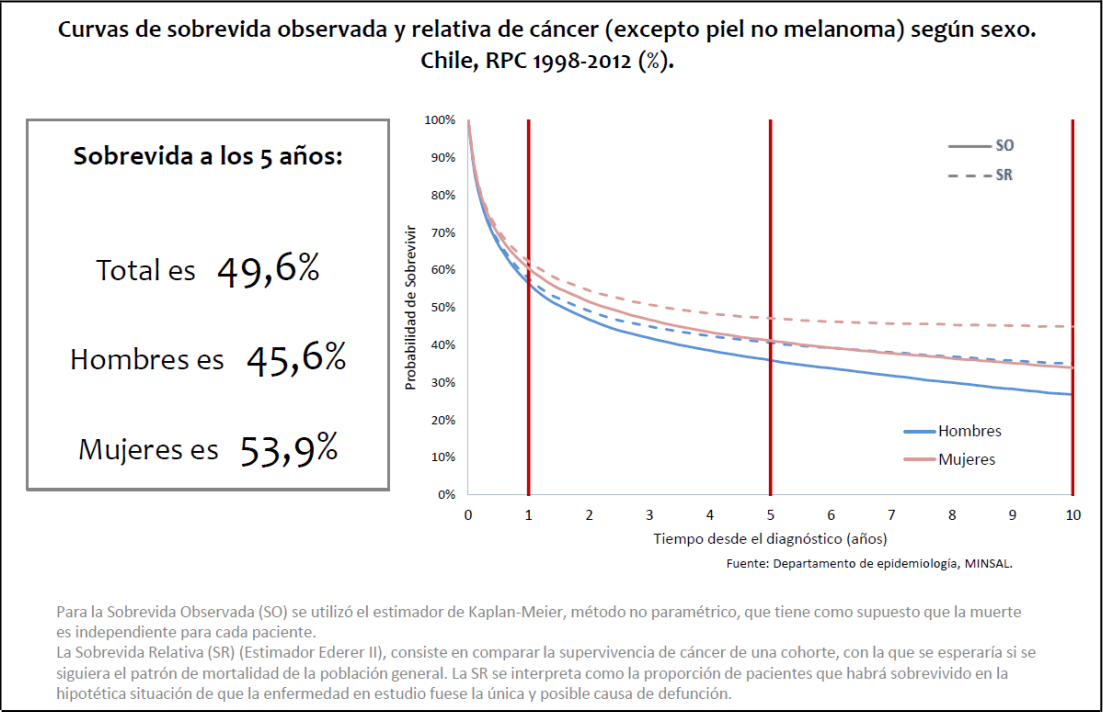
Relevó que en el artículo 18 se estableció un mecanismo especial de donaciones, en que los contribuyentes afectos al impuesto a la renta de primera categoría podrán deducir como gasto los impuestos de la presente ley, con emisión de certificado por la Subsecretaría de Salud Pública para la deducción del mismo y se elimina el trámite de insinuación de la donación.

Agregó que en el artículo 15 se contemplan las herencias o legados como mecanismos que permiten aportar al Fondo.

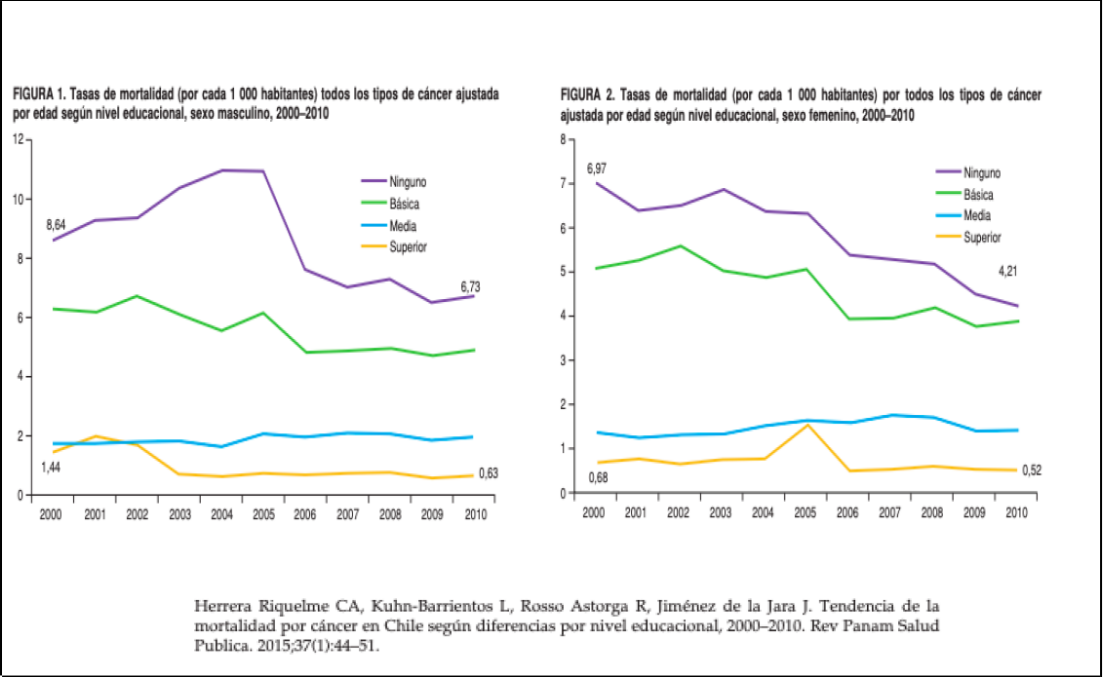
SESIÓN DE FECHA 28 DE ENERO DE 2020

La Comisión escuchó al **Jefe del Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, señor Sergio Becerra**, quien efectuó una presentación, en formato power point, del siguiente tenor:

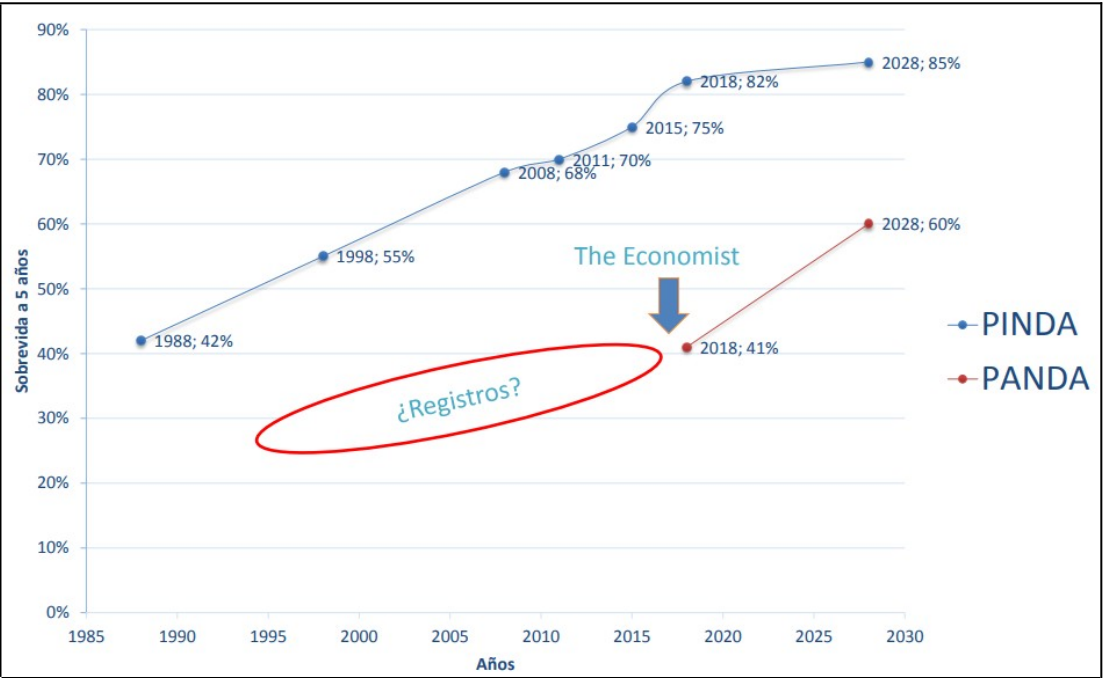
Sobrevida observada y relativa con seguimiento hasta 2016.



Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional 2000-2010



CANCER INFANTIL VS CANCER DEL ADULTO

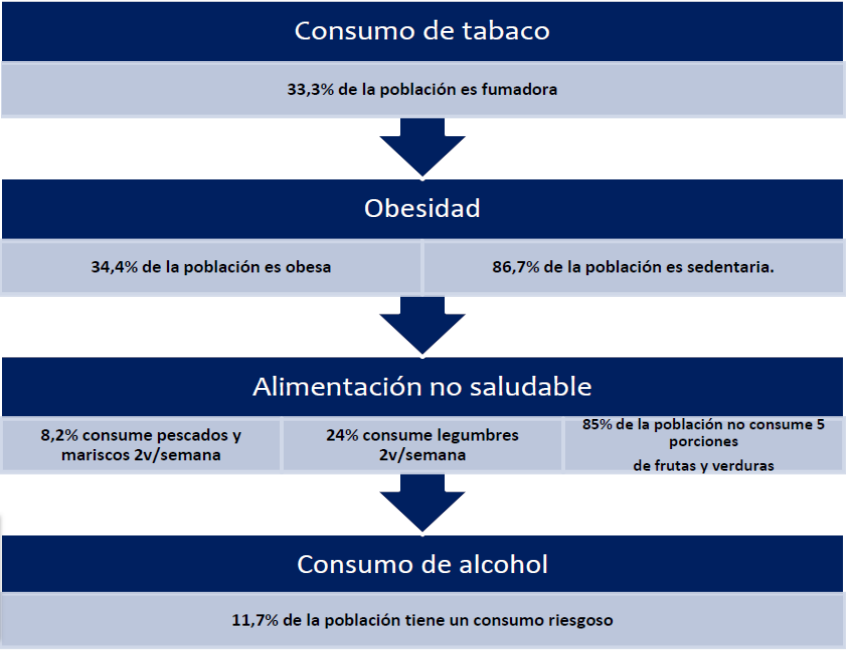


Matriz del Plan Nacional de Cáncer

- Promoción, Prevención y Educación
- Provisión de Servicios Asistenciales
- Fortalecimiento de la Red Oncológica

- Fortalecimiento de los Sistemas de Registro
- Rectoría, Regulación y Fiscalización

Prevalencia de Factores de Riesgo atribuibles a cáncer



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Cobertura mamográfica 2018, según servicios de salud

Servicio de Salud	% Cobertura
Servicio de Salud Aisén	45,4
Servicio de Salud Antofagasta	36,5
Servicio de Salud Arica	24,9
Servicio de Salud Atacama	30,3
Servicio de Salud Del Ríoncavi	33,9
Servicio de Salud Chiloé	45,5
Servicio de Salud Osorno	47,3
Servicio de Salud Coquimbo	25,6
Servicio de Salud Del Libertador B. O Higgins	29,9
Servicio de Salud Del Maule	35,7
Servicio de Salud Iquique	35,6
Servicio de Salud Magallanes	30,9
Servicio de Salud Metropolitano Central	17,4
Servicio de Salud Metropolitano Norte	36,6
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	30,1
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	32,4
Servicio de Salud Metropolitano Sur	32,2
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	49,2
Servicio de Salud Biobío	50,0
Servicio de Salud Arauco	45,3
Servicio de Salud Ñuble	56,1
Servicio de Salud Concepción	33,6
Servicio de Salud Talcahuano	34,8
Servicio de Salud Valdivia	58,0
Servicio de Salud Aconcagua	48,1
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	49,4
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	35,4
Total general	38,3

INDICADOR

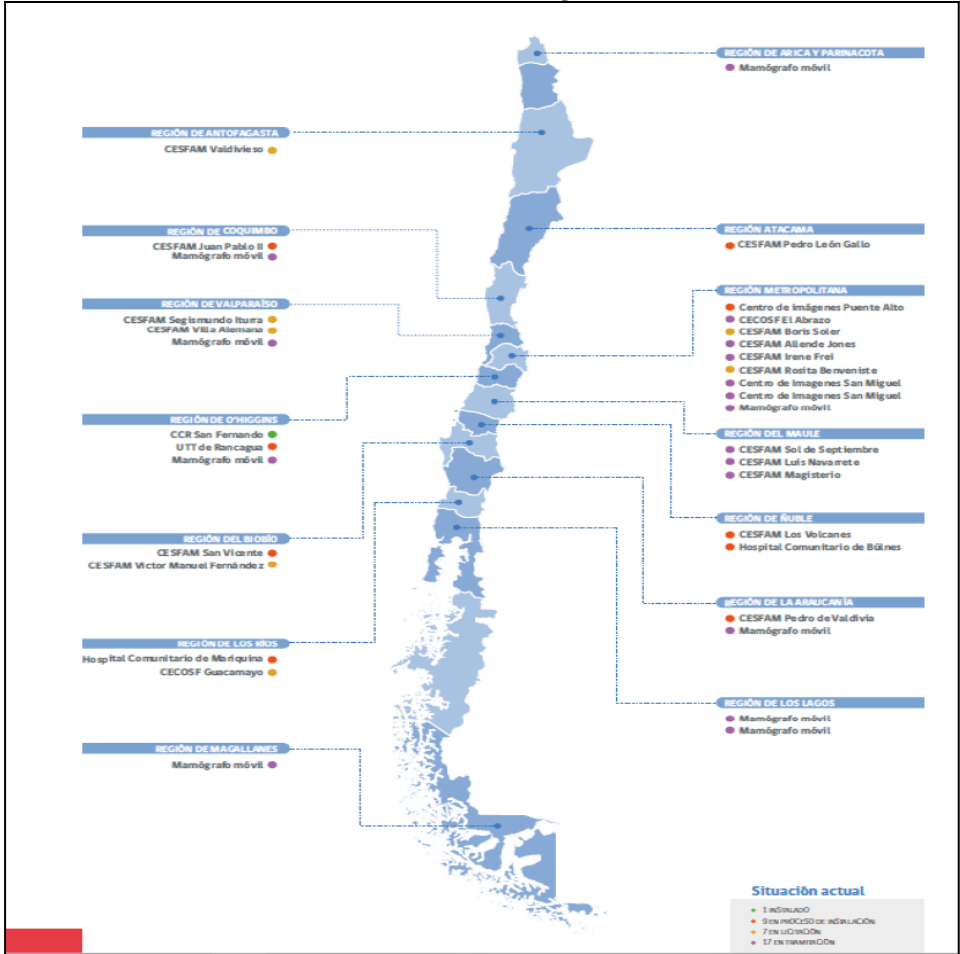
Mamografía en mujeres 50-69 años

Mujeres 50-69 años inscritas en establecimientos de salud primaria, validadas por Fonasa

Coberturas sobre el 70% se asocian a reducción de la mortalidad por cáncer de mama.

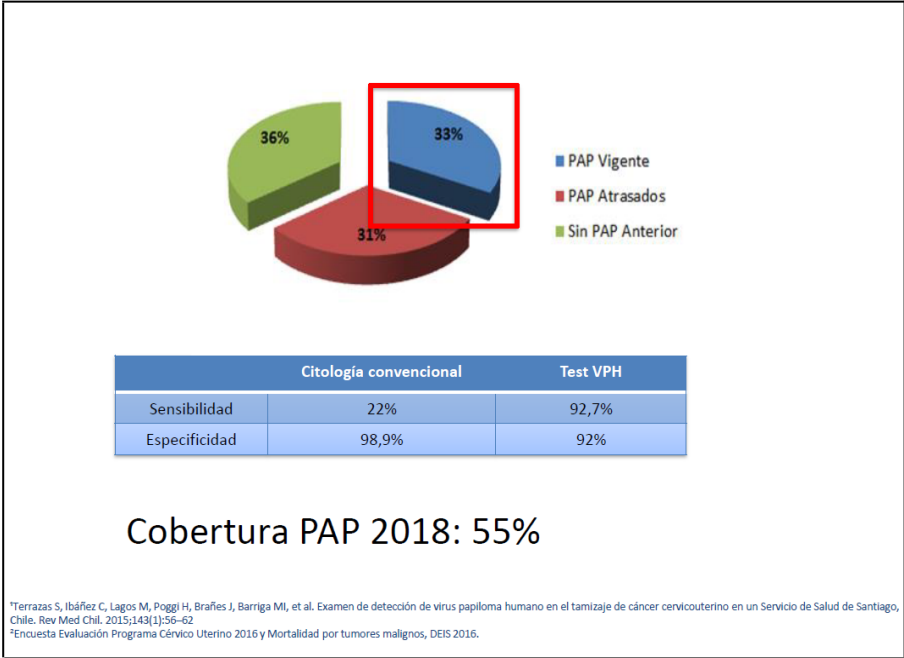
Total 2018: 38,3%

Avances instalación 34 mamógrafos en la red



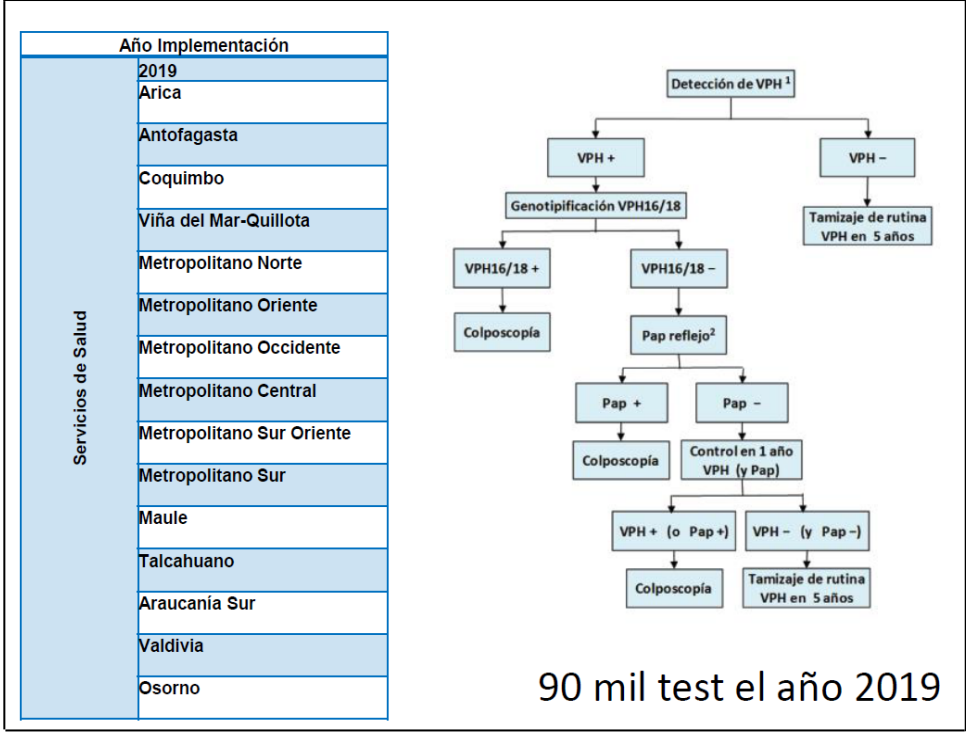
(Cada equipo tiene un costo aproximado de \$200 millones. Un mamógrafo número 35 fue aportado por el Gobierno de Japón y se instalará en la zona metropolitana sur-oriente porque sectores como La Granja y La Pintana no cuentan con cobertura. Falta demanda que debiese existir, así como un uso más intensivo de los equipos de hospitales que sirvan para prevención, incluso existe un permiso laboral especial para hacerse estos exámenes)

Desempeño citología y test de VPH

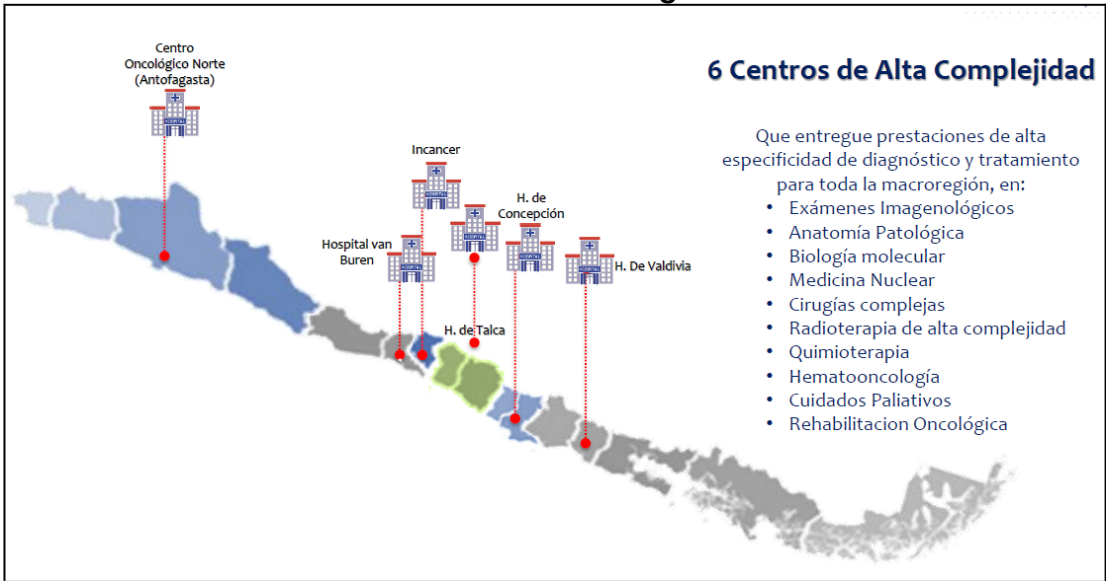


(33% con PAP vigente tuvo cáncer, por lo que el examen debe complementarse con test sobre virus papiloma VPH. Test VPH no forma parte de GES al igual que cáncer de páncreas y vesícula. Este año se incorporan a AUGES cuatro tipos de cáncer: pulmón, tiroides, renal y mieloma múltiple, con esos e llega a un 85% de cobertura, faltando 10.000 casos de 60.000)

Proceso de implementación de test VPH 2019



Desarrollo de la Red Oncológica del Sistema Público



Diagnóstico y etapificación

Unidades Diagnóstico Molecular (UDM)

- Tumores Sólidos: H. Luis Calvo Mackenna
- Neoplasias Hematológicas: H. Roberto del Río

PET CT

- 10 en el país

TAC y RNM:

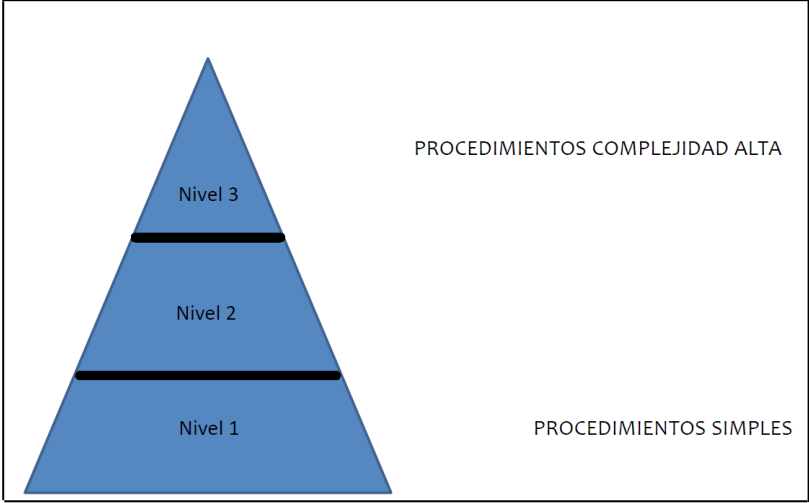
- En evaluación donde

Red Quirúrgica (en proceso de construcción)

PRIMERA TAREA: LEVANTAMIENTO SITUACION ACTUAL DE LA RED

- I.- Nivel de complejidad de resolución por especialidad, considerando:
- Recursos Humanos
 - Recursos Físicos
- II.- Definición de estándares para los distintos niveles

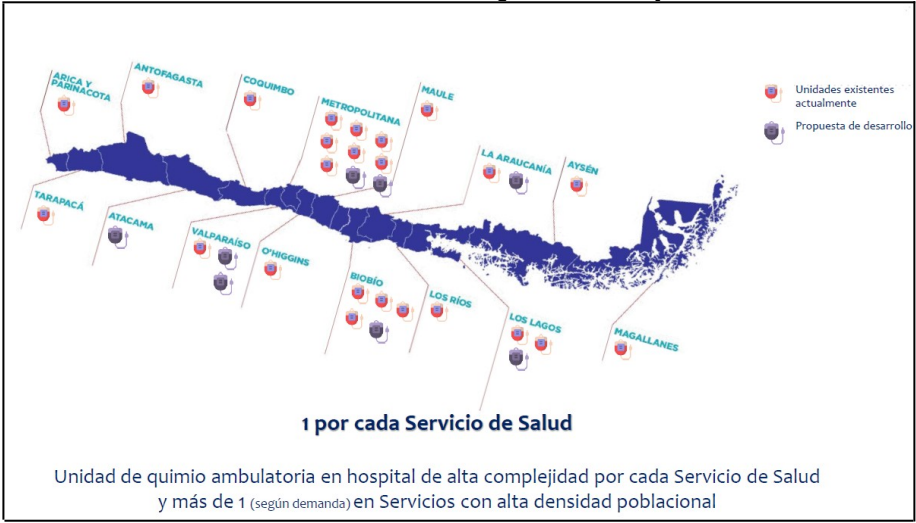
SEGUNDA TAREA: CATEGORIZACION DE HOSPITALES

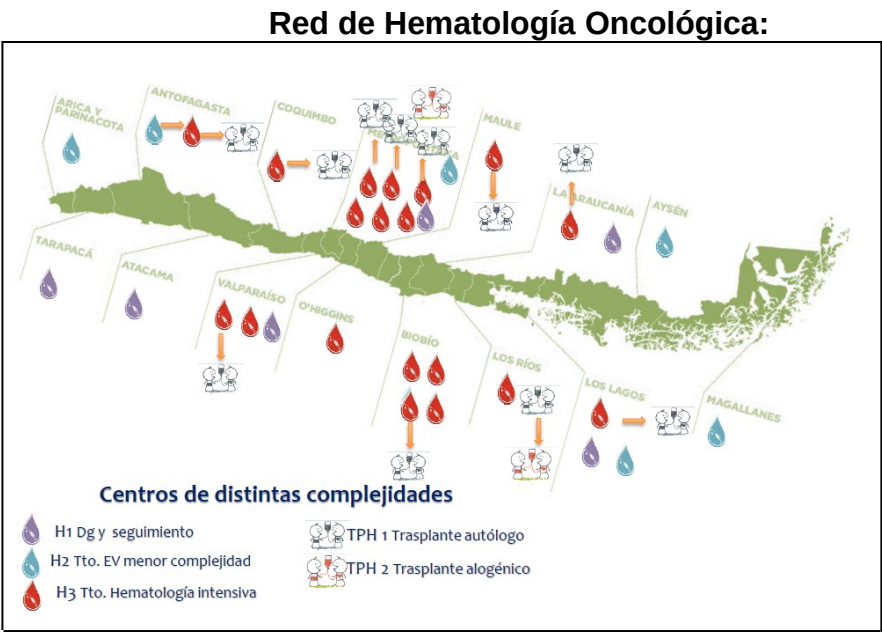


Unidades de Radioterapia:



Unidades de Quimioterapia ambulatoria:





CUIDADOS PALIATIVOS 2.0 y REHABILITACION 1.0

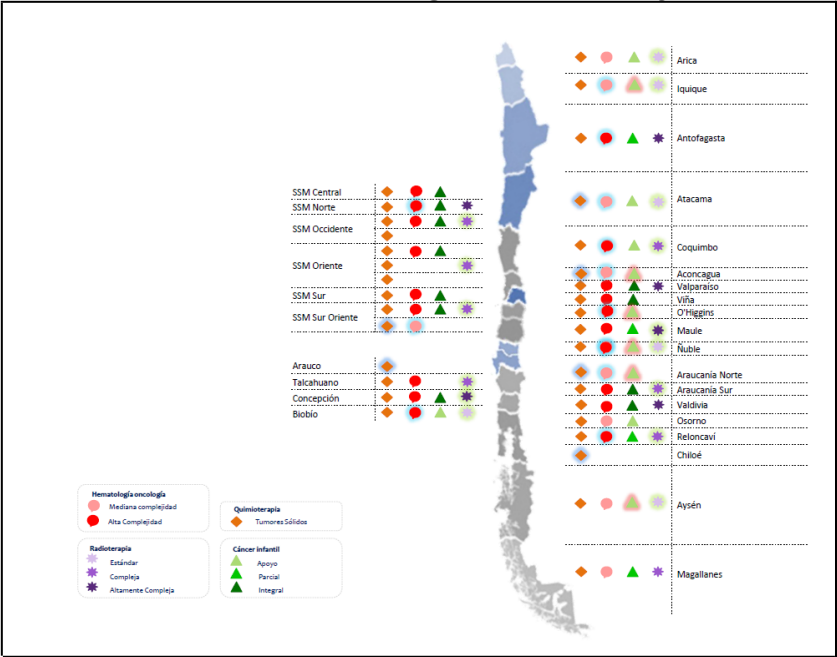
Cuidados Paliativos CP:

- Reconocimiento de la subespecialidad e iniciativas de especialidad y/o subespecialidad.
- Planificación Estratégica del Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Estructurar y formalizar estándar de atención en CP, en relación personal v/s Pacientes CP Oncológicos e infraestructura.
- Estrategias para integrar atención primaria de salud (APS) a red de CP, se está gestionando con FONASA para realizar de forma adecuada convenio para traspaso del financiamiento de la canasta GES.

Rehabilitación:

- Análisis de brechas existentes en rehabilitación en cáncer gástrico, cérvico uterino, mama, próstata, osteosarcoma en 15 años y más, tumor de SNC y cáncer de cabeza y cuello.
- Se establece como línea de trabajo la formación de estrategia de desarrollo en RED basado en cartera de prestaciones y modelo de rehabilitación oncológica.

Red Oncológica “Presente y Futuro”



Brecha actual para el Plan Nacional de Cáncer

Ley 19.664					Ley 15.076	Ley 18.834								TOTAL DE CARGOS
CARGOS					CARGOS	CARGOS								
44	33	22	11	Sub-Total	28	Prof (Grado 5).	Prof (Grado 9).	Prof.	Tec.	Adm.	Aux.	Sub-Total		
102	6	121	0	229	18	0	29	456	182	71	72	810	1.057	

Requerimientos de Cargos Médicos según áreas y/o componentes prioritizados

	Cargos			Cargos		TOTAL CARGOS	JORNADA COMPLETA EQUIVALENTE Ley 19.664
	44	33	22	Ley 19.664 total	Ley 15.076 28 horas		
Hematología adulto	28	1	11	40	6	46	34,25
Oncología médica	32	4	21	57	6	63	45,5
Radioterapia	5	1	1	7	0	7	6,25
Medicina Nuclear	0	0	2	2	0	2	1
Cuidados Paliativos	27	1	38	66	0	66	46,75
Imagenología	2	1	1	4	0	4	3,25
Trasplante Médula Ósea	7	0	0	7	6	13	7
Rehabilitación	0	0	7	7	0	7	3,5
Odontología	0	0	39	39	0	39	19,5
TOTAL	101	8	120	229	18	247	167

Capacidad de formación actual consolidada a junio del 2019 en especialidades oncológicas y de apoyo

Especialidad	Categoría	Duración	Programas	Total de Cupos
Oncología Médica	Subespecialidad	2 años	PUC, U Chile, UDD	20
Radiología	Primaria	3 años	PUC, U Chile, Multiples	50
Medicina Nuclear	Primaria	3 años	U de Chile, PUC	4
Radioterapia	Primaria	3 o 4 años	U de Chile, UDD, U valpo	10
Hematología	Subespecialidad	2 años	U de Chile, PUC, Valdivia	7
Cirugía Oncologica	Subespecialidad	2 años	U de Chile, UDD, PUC	8
Mastología	Subespecialidad	2 años	U de Chile	2
Gine- oncología	Subespecialidad	2 años	U de Chile, PUC, U. Valparaíso	4
Cuidados Paliativos	Subespecialidad	1 años	PUC	4
Anatomía Patológica	Primaria	3 años	Austral, PUC, USACH, Concepción, U. Frontera	20

Inversiones

- Plan Nacional del Cáncer–Equipamiento y re-
posición

		2019		2020	
		#	Monto M\$	#	Monto M\$
Reposición y nuevo equipamiento	Anatomía Patológica	2	296.749	1.406	5.720.369
	Endoscopia	37	965.899	14	623.397
	Farmacia	1	850.952	1	260.000
	Hospitalización			11	133.293
	Imagenología	53	10.736.161	20	4.702.343
	Laboratorio			4	627.323
	Medicina Nuclear	2	1.627.066	4	1.647.188
	PINDA			4	5.315
	Quimioterapia	7	203.515	41	326.500
	Radioterapia	2	5.348.800	3	6.203.231
	Total Equipos	104	20.029.142	1.508	20.248.958

USD 30 Millones por año

- Plan Nacional del Cáncer–Centros Integrales de Cáncer

Macro Norte	- Habilitación y Mejoramiento de la Red Oncológica de Tarapacá - Normalización Centro Oncológico Ambulatorio De Antofagasta (CON) - Área Oncológica en Hospital de Copiapó
Macro Centro-Norte	Macrocentro Oncológico de Valparaíso
Macro Centro	- Centro Nacional De Radioterapia Infanto-juvenil Hospital Exequiel González - Normalización del Centro Metropolitano de imágenes mamarias (CMIM) - Área de Oncología en Hospital Sótero del Río
Macro Centro-Sur	Macrocentro Oncológico Maule – O'Higgins
Macro Sur	Centro Ambulatorio Oncológico en Concepción
Macro Extremo Sur	- Ampliación Centro Oncológico Hospital Puerto Montt - Centro Radioterapia Región De La Araucanía

Del 2019 al 2027

Total M\$ 285.621.223

Total con RRHH M\$ 392.179.098

USD 560 MM en 8 años

- Plan Nacional del Cáncer–Nuevos Hospitales que tendrán Cáncer

Macro Norte	• CDT Arica	Del 2019 al 2027 Plan Nacional de Inversiones
Macro Centro-Norte	• Hospital de La Serena • Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso	
Macro Centro	• INCANCER • Hospital Sótero del Río • Hospital Barros Luco • Hospital San Borja • Hospital del Salvador • Hospital Roberto del Río	
Macro Centro-Sur	• Hospital de Rengo	
Macro Sur	• Hospital de Ñuble • Hospital de Los Ángeles • Hospital Grant Benavente Concepción	
Macro Extremo Sur	• Hospital de Valdivia • Hospital de Castro • Hospital de Coyhaique	

- Plan Nacional del Cáncer–Mejoramiento de infraestructura oncológica

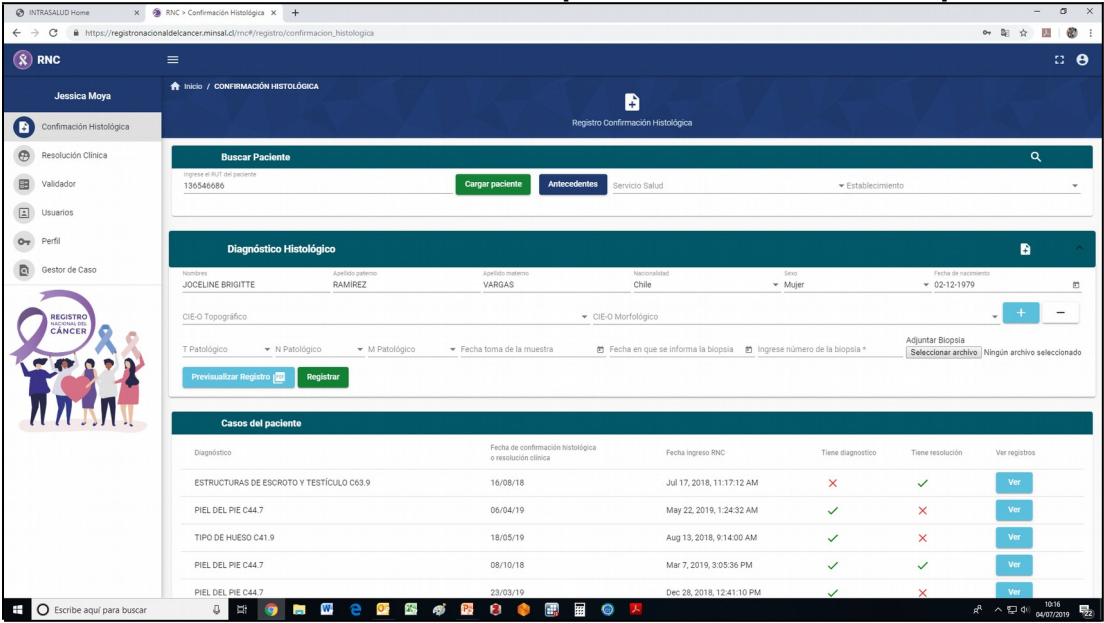
Macro Norte	• Farmacia Oncológica en Arica • Anatomía Patológica en Iquique • Unidades de Apoyo y Quimioterapia en Antofagasta	2019 al 2021 M\$ 19.588.226
Macro Centro-Norte	• Acelerador Lineal en Valparaíso	
Macro Centro	• Oncología en Hospital San Borja • Spect CT en Hospital San Juan de Dios	
Macro Centro-Sur	• Hematología en Rancagua • Oncología en Talca	
Macro Sur	• Hematología en Concepción	
Macro Extremo Sur	• Oncología en Valdivia • Oncología en Hosp. Puerto Montt	

Desarrollo del Registro Nacional de Cáncer



Desarrollar un Repositorio Nacional del Cáncer, que permita integrar toda la información de paciente con cáncer en Chile, independiente de la institución de atención.

Visualización de plataforma: ambiente de prueba



Rectoría y Regulación

Guías de Práctica Clínica (GRADE)

- Finalizadas: CCPP, HBP, Cáncer de Vejiga, Testículo, Ovario, Pulmón, Colon, Leucemia Aguda, Crónica, LH y LNH.
- En proceso: Cáncer de Próstata, Mama, Gástrico y Cuello Uterino.

Protocolos de Manejo Médico

- Listos: Mieloma Múltiple, Gliomas del adulto, LH, Tumores neuroendocrinos, Linfoma Burkitt y LLA B ph (-).
- Casi listos (95%): Cáncer de Tiroides, Hepatocarcinoma, GIST.
- En proceso: 15 de Tumores Sólidos, 10 de Neoplasias Hematológicas.

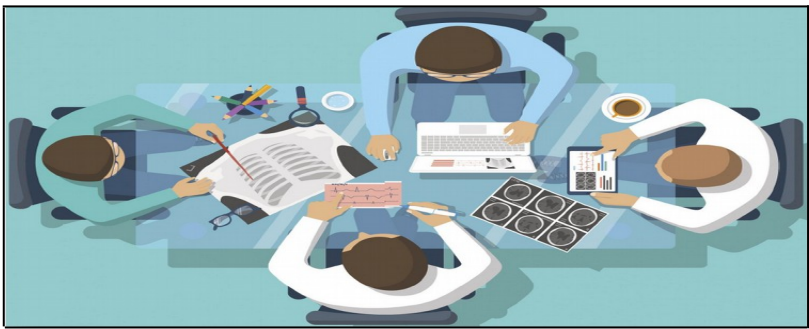
Orientaciones Técnicas

- Cardioncología Infantil y Adulto
- Manejo Nutricional de la Persona con Cáncer
- Enfermería Oncológica del Adulto
- Enfermería Oncológica del Niño
- Salud Mental en la Persona con Cáncer
- Control del Cáncer Basado en Medicina de Precisión
- Rehabilitación de personas con cáncer en pacientes de 15 y más años

Otras Iniciativas

- PPV no GES
- Bolsa de Trabajo
- Ley Nacional de Cáncer
- Nuevos GES
- Investigación y Publicaciones

Nace el Comité de Drogas de Alto Costo (Enero 2019)



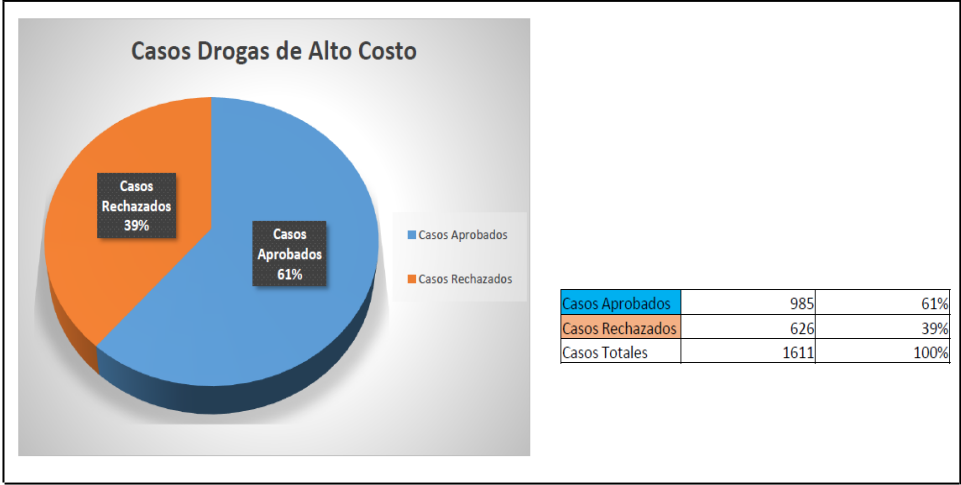
Principios del Comité de Drogas de Alto costo (DAC)

- Asegurar financiamiento de tratamiento con intención curativa.
- Asegurar financiamiento de tratamiento paliativo adecuado.
- Se privilegiaron fármacos con beneficio que se consideren como clínicamente relevantes:
 - Sobrevida global (por sobre sobrevida libre de progresión).
 - Sobrevida libre de progresión por sobre respuesta objetiva.
 - Tiempos medidos en meses por sobre tiempos medidos en semanas.
- En todas las indicaciones en las cuales más de un fármaco es considerado como aceptable el comité DAC preferirá la indicación de menor costo.
- Este listado de indicaciones se irá revisando y ampliando año a año.

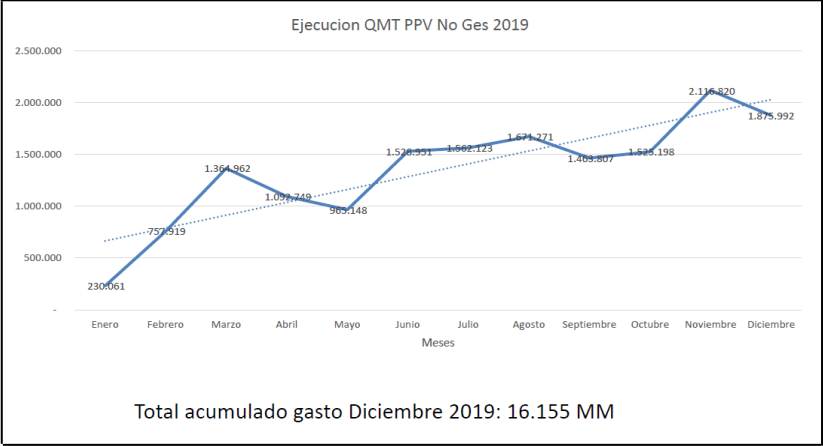
Clasificación de las drogas

BAJO COSTO (\$10.000 - \$2.000.000)	ALTO COSTO (sobre \$2.000.000)
• SANDOSTATIN • GEMCITABINA • TEMOZOLAMIDA • CAPECITABINA • PAZOPANIB • SUNITINIB • GEFITINIB • ERLOTINIB • FOLFIRI • FOLFOX	• CETUXIMAB • PANITUMUMAB • FULVESTRANT • TDM1 • BEVACIZUMAB • PERTUZUMAB • SORAFENIB • NIVOLUMAB • PEMBROLIZUMAB • AVELUMAB • ABIRATERONA • ALECTINIB • CRIZOTINIB • TOPOTECAN • OSIMERTINIB • PEMBROLIZUMAB • NIVOLUMAB+IPILIMUMAB • EVEROLIMUS • ATEZOLIZUMAB

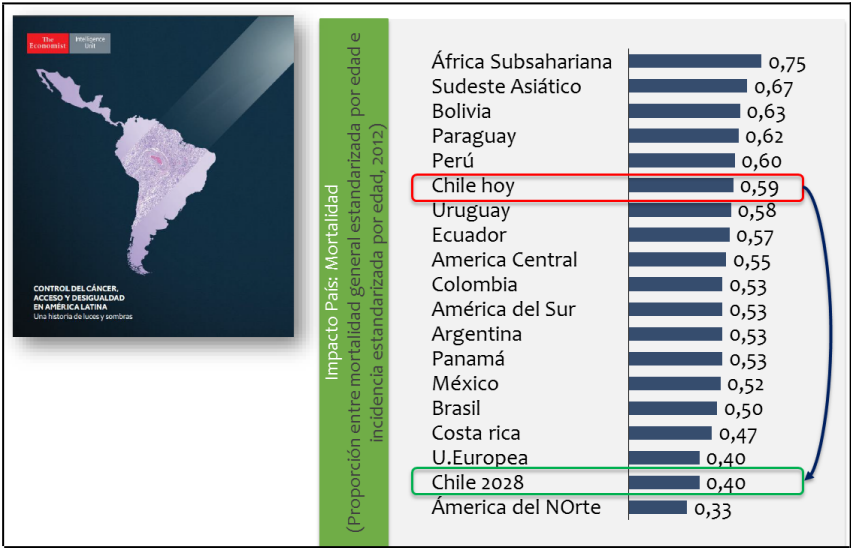
Resultados Comité DAC a diciembre 2019



Ejecución y gasto acumulado al 31/12/19 (FONASA)



Impacto de la mortalidad del cáncer en Chile



El **Honorable Senador señor Lagos** planteó que el actual artículo 21 tiene su origen en una indicación de varios señores senadores y que en el sector público la norma irrogaría gasto, además de que, según el informe de la Comisión de Salud es de quórum calificado por incidir en materias de seguridad social, por lo que sería de iniciativa exclusiva del Presidente de la República conforme a lo dispuesto en el artículo 65 de la Carta Fundamental.

El **Honorable Senador señor Pizarro** preguntó si con los recursos comprometidos en el último informe financiero se cumplen las metas señaladas en la presentación, porque de su lectura pareciera que no es así.

El **señor Becerra** respondió que no son suficientes para todo lo que hay que hacer, pero que con los recursos comprometidos por GES se cubre una parte fundamental de los costos involucrados.

La **Honorable Senadora señora Goic** planteó que habían esperado 7 meses por el informe financiero que ingresó la semana pasada y, al mismo tiempo, se ha dicho que en el año 2021 se requieren \$20.000 millones sólo para reponer equipos que deben cambiarse.

El **Honorable Senador señor Pizarro** señaló que deben contar con más datos sobre la implementación, porque lo expuesto sobre financiamiento parece ser insuficiente.

El **señor Becerra** explicó que existen otras fuentes de financiamiento, como ocurre con fondos de inversión regional, por ejemplo, en la Región de Atacama, en que existen recursos que ya

se están ejecutando y que permitirán acelerar en 3 años inversión para la ciudad de Copiapó.

Observó que el presupuesto para el año 2020 contempla \$100.000 millones adicionales respecto del presupuesto para el año 2019.

La **Honorable Senadora señora Goic** expresó que faltó mayor claridad en relación a los montos anunciados y comprometidos, porque el informe financiero enuncia, sin explicar, inversiones asociadas al fortalecimiento de la red oncológica por \$200.000 mil millones, pero en 8 años, y antes se habían comprometido \$300.000 mil millones.

El **Honorable Senador señor Pizarro** añadió que el gobierno central juega con los fondos de los gobiernos regionales porque sabe que dichas instancias prácticamente no pueden negar esos recursos.

El **Honorable Senador señor García** propuso incorporar un nuevo artículo por el cual el Ministerio de Salud deba informar detalladamente y por región, en forma anual, a las comisiones de Hacienda y de Salud de cada cámara, de modo de poder conocer y evaluar lo que ha ocurrido con la ley nacional, para poder incidir durante la siguiente discusión presupuestaria.

El **Honorable Senador señor Coloma** destacó que la iniciativa constituye un primer paso, que resultará fundamental para alcanzar todo lo que falta por lograr.

El **Honorable Senador señor Pizarro** sostuvo que no deben autoengañarse, puesto que el informe financiero, que es fundamental en la materia -y que de ser posible votaría en contra del mismo si se contemplase- dispone recursos sólo para el presente año, por lo que el anuncio del Gobierno por \$300.000 mil millones no se cumple. Agregó que apenas se logró una mera declaración de intenciones de \$200.000 millones en 8 años.

El **Honorable Senador señor Coloma** recordó la ley Ricarte Soto, que presentó una situación similar, y que con el paso de los años ha sumado y mejorado su situación presupuestaria, lo que no hubiese ocurrido de no existir la herramienta.

La **Honorable Senadora señora Goic** planteó que hubiesen querido igualar la situación de la ley Ricarte Soto, pero ello no ha sido posible, aunque, por otro lado, pasan de \$8.000 millones comprometidos a \$60.000 millones en el año 2020, lo que representa una mejora significativa.

En relación a ello, consideró relevante aclarar y sincerar para qué alcanzan -y para qué no- los referidos \$60.000, de modo de no alimentar falsas expectativas.

Reiteró que llevaban 7 meses esperando el último informe financiero que supuestamente sería mejor a lo que realmente fue. En vista de esa situación, estimó que lo peor sería seguir esperando y que siga deteniéndose el proceso que permita contar con la ley en vigencia.

El **señor Becerra** explicó que la inversión sectorial en el año 2020 no es tan significativa debido a que algunos procesos ya se encuentran en ejecución con recursos gastados y en otros procesos relevantes, por la propia dinámica de este tipo de inversiones, no se ejecutarán recursos el presente año, pero sí se hará en montos considerables en los años siguientes.

Expresó que la idea de agregar una rendición de cuenta anual ante las comisiones del Congreso Nacional le parece una buena iniciativa que le permitirá mostrar los avances y las áreas por mejorar involucradas en el sistema nacional.

Sostuvo que con los recursos contemplados pueden seguir adelante con el Plan y de buena manera.

El **asesor del Ministerio de Salud, señor Enrique Accorsi**, señaló que debe tomarse en cuenta que se trata del inicio de una política de Estado en la materia, la que deberá contar con mayores recursos en el futuro.

El **Honorable Senador señor Pizarro** indicó que los mismos argumentos anteriores debieran implicar acortar los plazos y aumentar los recursos para los años más próximos por venir.

Reiteró que resulta absurdo que, por no cumplir con los recursos prometidos por el Ejecutivo, debiese votar en contra del Fondo Nacional del Cáncer o el artículo sobre mayor gasto fiscal, siendo así, no aprobará disposiciones que se refieran a los traspasos de los gobiernos regionales y a la baja inversión comprometida para el año 2020 en el artículo cuarto transitorio.

- - -

DISCUSIÓN

De conformidad con su competencia, la Comisión de Hacienda se pronunció respecto de las siguientes disposiciones del proyecto de ley: del articulado permanente, los artículos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 13,

incisos segundo y final, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 21; y los artículos tercero y cuarto transitorios. Lo hizo en los términos en que fueron aprobados por la Comisión de Salud, como corresponde de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41 del Reglamento de la Corporación.

A continuación, se da cuenta de las precitadas disposiciones del proyecto de ley, así como de los acuerdos adoptados por la Comisión.

Artículo 1º

Este artículo declara el objetivo de la ley, a saber, establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones, el adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, conforme a lo establecido en el Plan Nacional del Cáncer, así como crear un fondo de financiamiento adecuado para lograr ese objetivo.

Fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo 3º

Es del siguiente tenor:

“Artículo 3º.- Plan Nacional del Cáncer. El Ministerio de Salud será el responsable de elaborar el Plan Nacional del Cáncer, en adelante el Plan. Para ello podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas que tengan entre sus planes y programas temáticas relacionadas con esta enfermedad. Este Plan tendrá como objetivo el diseño de medidas y propuestas de implementación para el cumplimiento de lo señalado en la presente ley.

El Plan dispondrá los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación y capacitación de recursos humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer, con un enfoque de atención integral de la persona y su familia y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo contemplado en la presente ley.

El Plan deberá considerar una política de formación de recursos humanos para el tratamiento del cáncer, considerando tanto especialistas médicos, profesionales de la salud, como investigadores en la materia. Asimismo, el Plan deberá contemplar programas de capacitación o acompañamiento para las familias y personas que se

encuentren a cargo de quienes padezcan la enfermedad y medidas de difusión que digan relación con la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento e investigación del cáncer y con el modo de enfrentar sus consecuencias económicas y sociales.

El Plan deberá diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer y especialmente de cesación del consumo de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los centros de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia.

El Plan tendrá una duración de cinco años, debiendo ser evaluado y actualizado a lo menos cada cinco años, de acuerdo a la evidencia científica disponible, y será aprobado por resolución del Ministro de Salud. El Ministerio de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional del Cáncer, deberá revisar y evaluar el Plan al menos una vez completada la mitad de su vigencia, dando cumplimiento a la letra c) del artículo 2°. Asimismo, el Plan deberá estar en concordancia con el Plan Nacional de Salud de que trata el numeral 8 del artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, 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.

Los avances y resultados del Plan Nacional del Cáncer deberán estar disponibles de manera permanente en el sitio web del Ministerio de Salud. La misma información será remitida semestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Subcomisión Especial Mixta de Presupuesto competente.

El Ministerio de Salud desarrollará las guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas que deban ser aprobadas en el marco de dicho Plan. Lo anterior, en conjunto con el Plan, será publicado en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Asimismo, se procurará difundirlo de la forma más amplia posible, entre los profesionales de la salud.”.

El artículo 3° fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo 4°

Dispone que el Ministerio de Salud deberá fomentar la formación de recursos humanos especializados en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud y de las ciencias.

Del mismo modo, ordena al Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y dentro de sus

respectivas competencias, fomentar la formación de recursos humanos señalada en el inciso anterior, haciéndola extensiva a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer.

El artículo 4° fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo 5°

Establece que el Ministerio de Salud deberá fomentar la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer, para lo que deberá potenciar la cooperación técnica y financiera, a nivel nacional e internacional.

Agrega que, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, deberá generar instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en cáncer.

El artículo 5° fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo 8°

Referente al Registro Nacional de Cáncer, señala que esta será considerada como una enfermedad de notificación obligatoria, lo que implica dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 49° del Código Sanitario (relativo, precisamente, a la notificación de enfermedades a la autoridad sanitaria).

Dispone, asimismo, que la Subsecretaría de Redes Asistenciales desarrollará el Registro Nacional de Cáncer, que contendrá la información necesaria para el diseño del Plan descrito en la ley que el presente proyecto propone. Añade que un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará las características del registro y los datos que, para su creación, deberán ser informados por los prestadores.

Finalmente, indica que, sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, el tratamiento de los datos sobre los cuales trata este artículo deberá hacerse con pleno respeto a las disposiciones de las leyes N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo 13

Es del siguiente tenor:

“Artículo 13.- Funcionamiento de la Comisión. La Comisión será presidida por uno de sus miembros elegido por mayoría simple entre sus integrantes. El quorum mínimo para sesionar será de dos tercios de sus miembros y los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los asistentes.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, que será la encargada de coordinar su funcionamiento, así como de preparar las actas de sus sesiones, las que deberán ser publicadas en el sitio electrónico del Ministerio de Salud.

En cada sesión podrán participar con derecho a voz el Ministro de Salud y los Subsecretarios de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Asimismo, la Comisión podrá invitar a expertos en la materia, quienes no tendrán derecho a voto.

Los miembros de la Comisión acordarán por mayoría simple la forma de funcionamiento de la misma, pudiendo establecer sesiones efectuadas mediante videoconferencia.

La Comisión se reunirá, a lo menos, cada dos meses. Asimismo, el Ministro de Salud podrá convocarla extraordinariamente, si así lo requiere.

El lugar de funcionamiento de la Comisión será en las dependencias del Ministerio de Salud, en la ciudad de Santiago. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión podrá acordar celebrar, de manera extraordinaria, sesiones en un lugar distinto al señalado anteriormente.

La Subsecretaría de Salud Pública deberá asegurar el debido funcionamiento de la Comisión y proveerá todos los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones, debiendo informar públicamente las actas de la Comisión.”.

Los incisos segundo y final fueron aprobados por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículos 14 a 19

Relativos al Fondo Nacional del Cáncer, su tenor literal es el que sigue:

Artículo 14

“Artículo 14.- Fondo Nacional del Cáncer. Créase un Fondo Nacional del Cáncer, en adelante el Fondo, destinado a financiar total o parcialmente programas y proyectos que se encuentren exclusivamente relacionados con la investigación, estudio, evaluación, promoción, desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer.”.

Artículo 15

“Artículo 15.- Composición del Fondo. El Fondo estará constituido por:

a) Los aportes que anualmente le asigne la Ley de Presupuestos del Sector Público;

b) Los recursos provenientes de la cooperación internacional;

c) Los aportes que reciba por concepto de donaciones, herencias o legados, a los cuales se les aplicará el artículo 18;

d) Asimismo, por decisión de los respectivos Consejos Regionales, se podrá asignar recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional que correspondan a la Región, para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, insumos o equipamientos, formación o capacitación, todo ello de conformidad con lo dispuesto por la letra e) del artículo 36 de la ley N° 19.175, orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, cuyo texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado es el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, de 2005.

El Fondo será administrado por la Subsecretaría de Salud Pública conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 1.263, de 1975, de Administración Financiera del Estado.

El Ministerio de Salud fomentará las acciones de colaboración público-privada para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley.”.

Artículo 16

“Artículo 16.- Asignación de Recursos del Fondo. La selección de los programas y proyectos que se financiarán por el Fondo deberá efectuarse mediante concursos públicos que convocará la Subsecretaría de Salud Pública.

Para dicho propósito, la Subsecretaría de Salud Pública realizará semestralmente una convocatoria, a menos que no haya fondos suficientes, lo cual será determinado por resolución exenta de la Subsecretaría de Salud Pública.

En ella podrán participar universidades, institutos profesionales e instituciones privadas sin fines de lucro del país y cualquier persona natural residente en Chile.

La Subsecretaría de Salud Pública podrá requerir la opinión de expertos nacionales e internacionales en la disciplina que corresponda.

Los proyectos serán seleccionados por el Subsecretario de Salud Pública, con consulta a la Comisión, la que deberá evacuar un informe en un plazo no mayor a 45 días hábiles; de lo contrario, se entenderá aprobada la propuesta efectuada por el Subsecretario de Salud Pública. La adjudicación de los recursos del Fondo se realizará por resolución del Subsecretario de Salud Pública, la que será comunicada a los solicitantes y publicada en el sitio electrónico del Ministerio de Salud.

Con todo, previo informe favorable de la Comisión Nacional del Cáncer, se podrá financiar de manera directa iniciativas o proyectos vinculados a la adquisición de medicamentos, insumos, equipamientos o tecnologías o proyectos de investigación, con o sin financiamiento compartido con el sector privado o mediante cooperación internacional, todo lo cual deberá ser aprobado mediante resolución fundada del Ministerio de Salud.”.

Artículo 17

“Artículo 17.- Reglamento Concursos Públicos. Un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud, que deberá ser suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará los requisitos y procedimientos a que deberán sujetarse los concursos públicos que sean convocados de conformidad al artículo anterior. Asimismo, deberá incluir, entre otras normas, la periodicidad de la convocatoria, los criterios de evaluación, elegibilidad, selección, rangos de financiamiento; viabilidad técnica y financiera, el procedimiento de evaluación y selección de los programas y proyectos presentados al Fondo, y los compromisos y garantías de resguardo para el Fisco.

El Reglamento deberá establecer las diferentes categorías de proyectos, diferenciando recursos para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, tecnologías y equipamiento, formación y capacitación u otros, de manera de asegurar una equilibrada distribución de los recursos disponibles entre todos los objetivos de esta ley.

Las donaciones efectuadas al Fondo podrán estar vinculadas a un proyecto en particular.”.

Artículo 18

“Artículo 18.- Donaciones. Los contribuyentes del Impuesto de Primera Categoría que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley sobre Impuesto a la Renta declaren sus rentas efectivas determinadas mediante contabilidad completa o simplificada, que efectúen donaciones al Fondo, podrán, para los efectos de determinar la renta líquida imponible gravada con el impuesto señalado, rebajar dicha donación como gasto.

Las donaciones señaladas en el inciso anterior se aceptarán como gasto en el ejercicio en que se materialicen y se acreditarán mediante un certificado de donación extendido por la Subsecretaría de Salud Pública. Los requisitos para el otorgamiento del certificado de donación, así como sus especificaciones y formalidades, serán establecidos por el Servicio de Impuestos Internos.

Las donaciones que se efectúen al Fondo estarán liberadas del trámite de insinuación. Asimismo, las donaciones, herencias, legados y demás aportes que se confieran al Fondo estarán exentos del impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones establecido en la ley N° 16.271.”.

Artículo 19

“Artículo 19.- Reglamento del Fondo. Un reglamento elaborado por el Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, determinará la forma en que operará el Fondo del que trata este Título.”.

Fueron aprobados por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro, con excepción de la letra d) del artículo 15, que fue aprobada con los votos a favor de los Honorables Senadores señores Coloma, García y Lagos y la abstención del Honorable Senador señor Pizarro.

Artículo 21

Este artículo agrega en el Código del Trabajo un artículo 199 ter, nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 199 ter.- Cuando la salud de una persona mayor de dieciocho años requiera de atención en el hogar con motivo de un diagnóstico de cáncer, circunstancia que deberá ser acreditada mediante certificado médico otorgado o ratificado por los servicios que tengan a su cargo la atención médica del paciente, el pariente consanguíneo o por afinidad que esté a su cuidado tendrá derecho a un permiso pagado de hasta quince días hábiles al año, el que podrá utilizar a su elección, en forma continua o discontinua.”.

Fue rechazado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro, en atención a que la indicación en cuya virtud fue incorporado el precepto en la Comisión de Salud es de origen parlamentario y por lo tanto inadmisibles, al ser la materia de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

Disposiciones transitorias

Artículo tercero transitorio

Prescribe que el mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de la ley durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos contemplados en la partida presupuestaria del Ministerio de Salud.

Fue aprobado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Coloma, García, Lagos y Pizarro.

Artículo cuarto transitorio

Prescribe que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 6° del articulado permanente, durante el primer año de vigencia de la ley se destinará, con cargo a los recursos disponibles en el Programa 02 del Capítulo 10, “Inversión Sectorial de Salud”, del Ministerio de Salud, la suma de veinte mil millones de pesos para la reposición de equipos, la realización de tres estudios de pre inversión de centros oncológicos y la habilitación o construcción de dos centros especializados.

Puesto en votación el artículo cuarto transitorio se registraron dos votos a favor de los Honorables Senadores señores Coloma y García, un voto en contra del Honorable

Senador señor Pizarro, y una abstención del Honorable Senador señor Lagos.

Repetida la votación de conformidad al artículo 178 del Reglamento de la Corporación el Senador señor Lagos mantuvo su abstención, por lo que, de conformidad al inciso segundo de la citada disposición, la abstención se sumó a los dos votos favorables resultando aprobado el artículo por tres votos a favor y uno en contra.

Finalmente, la Comisión, a propuesta de todos los senadores presentes, señora Goic y señores García, Coloma, Pizarro y Lagos, acordó en virtud del artículo 121 del Reglamento de la Corporación introducir un nuevo artículo permanente, del siguiente tenor:

“Artículo xx.- El Ministerio de Salud deberá informar, una vez al año, los avances y desarrollo de la Ley Nacional del Cáncer, en forma desagregada por región, ante las Comisiones de Hacienda y de Salud, unidas, en la Cámara de Diputados y en el Senado.”.

Dicha propuesta fue aprobada por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores García, Coloma, Pizarro y Lagos.

- - -

INFORME FINANCIERO

- El informe financiero N° 222 elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 7 de diciembre de 2018, señala lo siguiente:

“I. Antecedentes

El proyecto de ley busca establecer un marco normativo que permita desarrollar políticas públicas, planes y programas destinados a prevenir el aumento de la incidencia de cáncer, su adecuado tratamiento y recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, así como crear un fondo de financiamiento adecuado para lograr ese objetivo.

II. Contenidos del Proyecto de Ley

El proyecto de ley trata las siguientes materias:

1. Plan Nacional del Cáncer

Elaboración por parte del Ministerio de Salud del

Plan Nacional del Cáncer, que tendrá una duración de cinco años, el cual tiene por objeto el diseño de medidas y propuestas de implementación de políticas relacionadas con la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación de recursos humanos, rehabilitación y cuidado paliativos del cáncer.

2. Recursos Humanos Especializados en Cáncer

Fomento a la formación recursos humanos especializados en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud.

3. Investigación Científica

Fomento a la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer.

4. Red Oncológica Nacional

Las bases normativas para la conformación de la red oncológica nacional, la cual estará compuesta por centros especializados de alta, mediana y baja complejidad de la red asistencial de salud.

5. Guías de Práctica Clínica

Aprobación por parte del Ministerio de Salud de guías de práctica clínica para el tratamiento de distintos tipos de cánceres y patologías asociadas.

6. Registro Nacional del Cáncer

Creación del Registro Nacional del Cáncer, que contendrá información necesaria para el diseño del Plan Nacional del Cáncer. Además, de que el cáncer será considerada como una enfermedad de notificación obligatoria.

7. Comisión Nacional del Cáncer

Creación de la Comisión Nacional del Cáncer, integrada por representantes de las sociedades científicas y fundaciones vinculadas con el cáncer, de las facultades de medicina del país y de la sociedad civil, que tiene por objeto asesorar al Ministerio de Salud en las materias relacionadas con el Cáncer.

8. Fondo Nacional del Cáncer

Creación del Fondo Nacional del Cáncer, constituido por donaciones y recursos provenientes de la cooperación internacional,

para financiar total o parcialmente programas y proyectos relacionados exclusivamente con la investigación, estudio, evaluación, promoción, desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer. Podrán postular a los recursos del Fondo las universidades, institutos profesionales e instituciones privadas sin fines de lucro del país y cualquier persona natural.

9. Donaciones al Fondo

Se establece un beneficio tributario para los contribuyentes del Impuesto de Primera Categoría que aporten al Fondo, los cuales podrán para efectos de determinar la renta líquida imponible gravada con este impuesto, rebajar dicha donación como gasto.

Además, se establece que las donaciones efectuadas al Fondo estarán liberadas del trámite de insinuación y exentas del impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones establecido en la ley N°16.271.

III. Efecto del proyecto de ley sobre el presupuesto fiscal

El mayor gasto fiscal que se identifica en el proyecto de ley asciende a M\$ 230.580 y radica en la creación del registro nacional del cáncer, conforme a lo siguiente:

Denominación	Miles de \$ 2019	
	Primer año	En régimen
Diseño y desarrollo plataforma	176.580	
Mantenición anual (12 meses)	54.000	54.000
Total	230.580	54.000

En cuanto al menor ingreso esperado en la recaudación tributaria por efecto de la aplicación del beneficio tributario a las donaciones, se indica que éste no es factible de cuantificar debido a que no se dispone de la información suficiente y necesaria para la realización de dicha estimación.

El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley, durante su primer año de vigencia, se financiará con reasignaciones presupuestarias de la Partida 16 Ministerio de Salud, sin afectar los presupuestos de los Servicios de Salud. El gasto en régimen, con los recursos que se consulten anualmente en las respectivas leyes de presupuestos.

- Posteriormente, la Dirección de Presupuestos emitió un nuevo informe financiero, el N° 92, de 10 de junio de 2019, que se acompañó a unas indicaciones formuladas por el Ejecutivo. Su contenido literal es el siguiente:

“I. Antecedentes

Las presentes indicaciones tienen por objeto fortalecer el proyecto de ley que establece la ley nacional del cáncer; en particular, el Plan Nacional del Cáncer y la Red Oncológica Nacional. A continuación, se señalan las principales:

1. Modifica el artículo 2°, que pasa a ser 3°, para indicar, entre otras cosas, que el Ministerio de Salud, para elaborar el Plan Nacional del Cáncer, podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas que tengan entre sus planes y programas temáticas relacionadas con esta enfermedad.

2. Establece que el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, dentro de sus competencias, deberá fomentar la formación del capital humano especializado en temáticas de cáncer, haciéndolo extensivo a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer.

3. Agrega un nuevo artículo 20, que establece el derecho de las personas a la confirmación diagnóstica frente a la sospecha fundada de algún tipo de cáncer y a recibir consejería genética por parte del equipo médico a pacientes diagnosticados con cáncer, en caso de detectarse diversos factores de riesgo de padecer dicha enfermedad.

4. Establece a través de un nuevo artículo que la protección financiera contemplada en la Ley estará constituida por la cobertura establecida de acuerdo a la ley N°19.966, la ley N°20.850, el Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469, y los recursos establecidos para estos efectos en la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, de la forma en que corresponda según el sistema previsional al que se encuentre afiliada la persona beneficiada.

5. Incluye un nuevo artículo transitorio, que establece que, durante el primer año de vigencia, de la presente ley, se podrán destinar de los recursos disponibles en el Capítulo 10, del Programa 02 “Inversión Sectorial de Salud”, del Ministerio de Salud, hasta \$20.000 millones para la reposición de equipos, la realización de hasta tres estudios pre inversionales de centros oncológicos, y la habilitación y/o construcción de hasta dos centros especializados.

II. Efecto del proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal

Las presentes indicaciones irrogarán un gasto total de hasta \$20.000 millones durante el primer año de vigencia de la presente ley, los cuales serán financiados con los recursos disponibles en el Capítulo 10, del Programa 02 “Inversión Sectorial de Salud”, del Ministerio de Salud. Estos recursos financiarán tanto la reposición de equipos asociados a la Red

Oncológica Nacional como los estudios pre inversionales de hasta tres centros oncológicos y la habilitación y/o construcción de hasta otros dos.

III. Fuentes de información

1. Propuesta de la Cartera de Inversiones del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Inversiones.”.

- Finalmente, con fecha 22 de enero de 2020 la Dirección de Presupuestos emitió un nuevo informe financiero, el N° 24, que da cuenta de lo siguiente:

“I. Antecedentes

Este informe financiero tiene por objetivo refundir y sustituir los Informes Financieros N°222 de 2018 y N°092 de 2019, que dieron cuenta del impacto fiscal asociado al proyecto de ley que crea la Ley Nacional del Cáncer y sus indicaciones, respectivamente, recopilando la información ya entregada en los dos informes previamente mencionados, y actualizando los gastos asociados al Registro Nacional del Cáncer de acuerdo con la inflación proyectada para 2020.

II. Objetivo del Proyecto de Ley

El proyecto de ley, que crea la Ley Nacional del Cáncer, busca establecer un marco normativo que permita desarrollar políticas públicas, planes y programas destinados a prevenir el aumento de la incidencia de cáncer, su adecuado tratamiento y recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, así como crear un fondo nacional de cáncer que permita desarrollar la investigación científica en la materia.

III. Contenidos del Mensaje del Proyecto de Ley

El proyecto de ley trata las siguientes materias:

1. Plan Nacional del Cáncer

Elaboración por parte del Ministerio de Salud del Plan Nacional del Cáncer, que tendrá una duración de cinco años, el cual tiene por objeto el diseño de medidas y propuestas de implementación de políticas relacionadas con la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación de recursos humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer.

2. Recursos Humanos Especializados en Cáncer

cer

Fomento a la formación de recursos humanos especializados en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud.

3. Investigación Científica

Fomento a la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer.

4. Red Oncológica Nacional

Las bases normativas para la conformación de la red oncológica nacional, la cual estará compuesta por centros especializados de alta, mediana y baja complejidad de la red asistencial de salud.

5. Guías de Práctica Clínica

Aprobación por parte del Ministerio de Salud de guías de práctica clínica para el tratamiento de distintos tipos de cánceres y patologías asociadas.

6. Registro Nacional del Cáncer

Creación del Registro Nacional del Cáncer, que contendrá información necesaria para el diseño del Plan Nacional del Cáncer. Además, de que el cáncer será considerada como una enfermedad de notificación obligatoria.

7. Comisión Nacional del Cáncer

Creación de la Comisión Nacional del Cáncer, integrada por representantes de las sociedades científicas y fundaciones vinculadas con el cáncer, de las facultades de medicina del país y de la sociedad civil, que tiene por objeto asesorar al Ministerio de Salud en las materias relacionadas con el Cáncer.

8. Fondo Nacional del Cáncer

Creación del Fondo Nacional del Cáncer, constituido por donaciones y recursos provenientes de la cooperación internacional, para financiar total o parcialmente programas y proyectos relacionados exclusivamente con la investigación, estudio, evaluación, promoción, desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer. Podrán postular a los recursos del Fondo las universidades, institutos profesionales e instituciones privadas sin fines de lucro del país y cualquier persona natural.

9. Donaciones al Fondo

Se establece un beneficio tributario para los contribuyentes del Impuesto de Primera Categoría que aporten al Fondo, los cuales podrán para efectos de determinar la renta líquida imponible gravada con este impuesto, rebajar dicha donación como gasto. Además, se establece que las donaciones efectuadas al Fondo estarán liberadas del trámite de inscripción y exentas del impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones establecido en la ley N°16.271.

IV. Indicaciones al Proyecto de Ley

Las indicaciones al proyecto, presentadas en el Mensaje N° 086-367 de 2019, tienen por objeto fortalecer el proyecto de ley que establece la Ley Nacional del Cáncer; en particular, el Plan Nacional del Cáncer y la Red Oncológica Nacional.

A continuación, se señalan las principales:

1. Modifica el artículo 2°, que pasa a ser 3°, para indicar, entre otras cosas, que el Ministerio de Salud, para elaborar el Plan Nacional del Cáncer, podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas que tengan entre sus planes y programas temáticas relacionadas con esta enfermedad.

2. Establece que el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, dentro de sus competencias, deberá fomentar la formación del capital humano especializado en temáticas de cáncer, haciéndolo extensivo a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer.

3. Agrega un nuevo artículo 20, que establece el derecho de las personas a la confirmación diagnóstica frente a la sospecha fundada de algún tipo de cáncer y a recibir consejería genética por parte del equipo médico a pacientes diagnosticados con cáncer, en caso de detectarse diversos factores de riesgo de padecer dicha enfermedad.

4. Establece a través de un nuevo artículo que la protección financiera contemplada en la Ley estará constituida por la cobertura establecida de acuerdo a la ley N°19.966, la ley N°20.850, el Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469, y los recursos establecidos para estos efectos en la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, de la forma en que corresponda según el sistema previsional al que se encuentre afiliada la persona beneficiada.

5. Incluye un nuevo artículo transitorio, que establece que, durante el primer año de vigencia, de la presente ley, se podrán destinar de los recursos disponibles en el Capítulo 10, del Programa 02 “Inversión Sectorial de Salud”, del Ministerio de Salud, hasta \$20.000 millones para la reposición de equipos, la realización de hasta tres estudios pre inversionales de centros oncológicos, y la habilitación y/o construcción de hasta

dos centros especializados.

V. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal

La creación del Registro Nacional del Cáncer presenta un costo de M\$237.728 (pesos 2020), por una vez, y su mantención, desde el primer año y siguientes, de M\$55.674 (pesos 2020). Para la actualización de la información del gasto de este componente se asume, de acuerdo con la información pública disponible a la fecha, una inflación esperada para el 2020 de 3,1%.

En cuanto al menor ingreso esperado en la recaudación tributaria por efecto de la aplicación del beneficio tributario a las donaciones, se indica que éste no es factible de cuantificar debido a que no se dispone de la información suficiente y necesaria para la realización de dicha estimación.

Respecto a las indicaciones efectuadas al proyecto, que dicen relación con la Red Oncológica Nacional, implicarán un gasto total de hasta \$20.620 millones (pesos 2020) durante el primer año de vigencia de la presente ley, los cuales serán financiados con los recursos disponibles en el Capítulo 10, del Programa 02 “Inversión Sectorial de Salud”, del Ministerio de Salud. Estos recursos financiarán tanto la reposición de equipos asociados a la Red Oncológica Nacional como los estudios pre inversionales de hasta tres centros oncológicos y la habilitación y/o construcción de hasta otros dos.

En concordancia con indicación antes señalada, la Ley de Presupuestos del Sector Público del año 2020, en el marco del Plan Nacional del Cáncer, y en miras al fortaleciendo de la red pública de atención, considera hasta \$5.000 millones para fortalecer la Red Oncológica Nacional y estos recursos se destinarán para realización de hasta tres estudios pre inversionales de centros oncológicos, ubicados en la zona norte, sur y Región Metropolitana de Santiago, y la habilitación y/o construcción de hasta dos centros especializados en la Región Metropolitana de Santiago.

En el mismo contexto, en los siguientes ocho años se dispondrá de hasta \$200.000 millones para financiar aquellas inversiones asociadas al fortalecimiento de la Red Oncológica.

También, el presupuesto sectorial de salud del año en curso considera \$60.000 millones el 2020 para dar protección financiera a los afiliados del seguro público de salud que requieran de aquellas prestaciones oncológicas previstas en el Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469 y que no son parte de la cobertura prevista por la ley N°19.966 y N°20.850.

La Tabla a continuación resume la información fi-

nanciera del proyecto:

Tabla 1: Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal

Componente	Monto	Periodicidad del Gasto
Creación del Registro Nacional del Cáncer (miles de \$2020)	237.728	
Diseño y desarrollo de plataforma	182.054	1 sola vez
Mantenimiento anual	55.674	Permanente
Inversión sectorial (miles de \$2020)	20.620.000	1 sola vez
Fortalecimiento la Red Oncológica Nacional	5.000.000	Ley de Presupuestos año 2020
Protección financiera afiliados Seguro público de salud prestaciones oncológicas (miles de \$2020)	60.000.000	Ley de Presupuestos año 2020

Con todo, el mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley, durante su primer año de vigencia, se financiará con reasignaciones presupuestarias de la Partida 16 Ministerio de Salud, sin afectar los presupuestos de los Servicios de Salud. El gasto en régimen, con los recursos que se consulten anualmente en las respectivas leyes de presupuestos.

VI. Fuentes de información

- 1. Propuesta de la Cartera de Inversiones del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Inversiones.
- 2. Mensaje N° 337-366 por el cual inicia el Proyecto de Ley que Crea la Ley Nacional del Cáncer, y sus indicaciones ingresadas vía Mensaje N° 086-367.”.

Se deja constancia de los precedentes informes financieros, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17, inciso segundo, de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

- - -

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Hacienda propone introducir las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado por la Comisión de Salud:

Artículo 21

Suprimirlo. **(Unanimidad 4x0).**

o o o

Consultar como artículo 21, nuevo, la siguiente disposición:

“Artículo 21.- El Ministerio de Salud deberá informar, una vez al año, los avances y desarrollo de la Ley Nacional del Cáncer, en forma desagregada por región, ante las Comisiones de Hacienda y de Salud, unidas, en la Cámara de Diputados y en el Senado.”. **(Artículo 121 del Reglamento del Senado. Unanimidad 4x0).**

o o o

TEXTO DEL PROYECTO

En virtud de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:

“LEY NACIONAL DEL CÁNCER, QUE RINDE HOMENAJE PÓSTUMO AL DOCTOR CLAUDIO MORA

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Objetivo. El objetivo de esta ley es establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, formas o denominaciones, el adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad, conforme a lo establecido en el Plan Nacional del Cáncer, así como crear un fondo de financiamiento adecuado para lograr ese objetivo.

Artículo 2°.- Principios. Los principios que inspiran la presente ley son los siguientes:

a) **Cooperación:** se deberá fomentar la cooperación público privada, intersectorial e interinstitucional.

b) **Protección de datos personales:** en la elaboración del Plan Nacional del Cáncer y de todas las iniciativas que de él deriven, el Ministerio de Salud, así como la Comisión Nacional del Cáncer y cualquier otra persona que en este contexto tenga acceso a datos personales de terceros, deberán guardar secreto y mantener la confidencialidad de los mismos, debiendo abstenerse de utilizar dicha información con una finalidad distinta a la prevista conforme a esta ley, dando estricto cumplimiento a la normativa sobre protección de datos establecida en la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

c) **Participación de la Sociedad Civil:** el Plan Nacional del Cáncer y los organismos públicos que actúen coordinadamente para su desarrollo deberán fomentar la participación ciudadana y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas que agrupen a pacientes de cáncer o sus familias, como un componente fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta ley, en los términos regulados en la ley N° 20.500, sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

d) **Humanización del trato:** el Plan Nacional del Cáncer y todas las medidas y propuestas asociadas a éste, otorgadas por los equipos profesionales y de apoyo, deberán considerar la atención interdisciplinaria de las personas, reconocer espacio para la incorporación de terapias complementarias acreditadas, así como el derecho a tener compañía y asistencia espiritual, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo 3° del Título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Artículo 3°.- Plan Nacional del Cáncer. El Ministerio de Salud será el responsable de elaborar el Plan Nacional del Cáncer, en adelante el Plan. Para ello podrá suscribir convenios o generar instancias de coordinación o participación con entidades públicas y privadas que tengan entre sus planes y programas temáticas relacionadas con esta enfermedad. Este Plan tendrá como objetivo el diseño de medidas y propuestas de implementación para el cumplimiento de lo señalado en la presente ley.

El Plan dispondrá los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, **formación y capacitación de recursos** humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer, con un enfoque de

atención integral de la persona y su familia **y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo contemplado en la presente ley.**

El Plan deberá considerar una política de formación de recursos humanos para el tratamiento del cáncer, considerando tanto especialistas médicos, profesionales de la salud, como investigadores en la materia. Asimismo, el Plan deberá contemplar programas de capacitación o acompañamiento para las familias y personas que se encuentren a cargo de quienes padezcan la enfermedad y medidas de difusión que digan relación con la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento e investigación del cáncer y con el modo de enfrentar sus consecuencias económicas y sociales.

El Plan deberá diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer y especialmente de cesación del consumo de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los centros de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia.

El Plan tendrá una duración de cinco años, debiendo ser evaluado y actualizado a lo menos cada cinco años, de acuerdo a la evidencia científica disponible, y será aprobado por resolución del Ministro de Salud. El Ministerio de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional del Cáncer, deberá revisar y evaluar el Plan al menos una vez completada la mitad de su vigencia, dando cumplimiento a la letra c) del artículo 2°. Asimismo, el Plan deberá estar en concordancia con el Plan Nacional de Salud de que trata el numeral 8 del artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, 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.

Los avances y resultados del Plan Nacional del Cáncer deberán estar disponibles de manera permanente en el sitio web del Ministerio de Salud. La misma información será remitida semestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos competente.

El Ministerio de Salud desarrollará las guías clínicas, protocolos y orientaciones técnicas que deban ser aprobadas en el marco de dicho Plan. Lo anterior, en conjunto con el Plan, será publicado en el sitio electrónico del Ministerio de Salud. Asimismo, se procurará difundirlo de la forma más amplia posible, entre los profesionales de la salud.

Artículo 4°.- Recursos Humanos Especializados.

El Ministerio de Salud fomentará la formación de **recursos humanos especializados** en temáticas de cáncer, que incluya médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud **y de las ciencias**.

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y dentro de sus respectivas competencias, deberá fomentar la formación de recursos humanos señalada en el inciso anterior, haciéndola extensiva a otros profesionales que sean pertinentes para el desarrollo en temáticas de cáncer.

Artículo 5°.- Investigación. El Ministerio de Salud

fomentará la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer. Para ello potenciará la cooperación técnica y financiera, a nivel nacional e internacional.

Además, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, generará instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en cáncer.

Artículo 6°.- Red Oncológica Nacional. La Red

Oncológica Nacional constará de centros especializados, que serán parte de la Red Asistencial de Salud, cuyo propósito será el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer. Los centros se podrán categorizar en Alta, Mediana y Baja Complejidad.

El Plan propondrá la normalización de los centros oncológicos existentes o la creación de centros a lo largo de la Red Asistencial de Salud del país, de acuerdo a los recursos que disponga para estos efectos la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año.

Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará qué establecimientos de salud podrán tener dicha categorización, los estándares mínimos que deberán cumplir los centros señalados y las zonas geográficas que quedarán cubiertas por cada uno de los centros, correspondiendo éstas al menos a: Zona Norte, Zona Central, Región Metropolitana de Santiago, Zona Centro Sur y Zona Sur.

Mediante decreto dictado por el Ministro de Salud bajo la fórmula “por orden del Presidente de la República”, se **establecerá** la norma técnica que determinará las formas de derivación y **contra derivación** de pacientes a los distintos centros de los que trata este artículo. La norma técnica deberá considerar, a lo menos, el nivel de complejidad y capacidad resolutive de cada uno de los tipos de centros, así como la gravedad de las patologías que padezcan los pacientes que serán derivados a cada uno de ellos.

Artículo 7°.- Guías Clínicas. El Ministro de Salud aprobará **mediante** una resolución las guías de práctica clínica para el tratamiento de los distintos tipos de cánceres y patologías asociadas, sin perjuicio de las ya aprobadas en el marco de la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud. **Dichas Guías Clínicas deberán ser revisadas cada cinco años, o cada vez que lo amerite una favorable evaluación de la evidencia científica disponible.**

Artículo 8°.- Registro Nacional de Cáncer. El cáncer será considerado como una enfermedad de notificación obligatoria. En consecuencia, deberá cumplirse con lo establecido en el artículo 49° del Código Sanitario.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales desarrollará el Registro Nacional de Cáncer, el cual contendrá la información necesaria para el diseño del Plan descrito en la presente ley. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud determinará las características del registro y los datos que deberán ser informados por los prestadores para su creación.

Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, el tratamiento de los datos sobre los cuales trata este artículo deberá hacerse con pleno respeto a las disposiciones de las leyes N° 19.628 y N° 20.584.

TÍTULO II DE LA COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER

Artículo 9°.- Comisión Nacional del Cáncer. Créase la Comisión Nacional del Cáncer, en adelante la Comisión. El objetivo de la Comisión es asesorar al Ministerio de Salud en la formulación de políticas, en la investigación científica y en la implementación de estrategias y prácticas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos eficaces, eficientes, seguras y coherentes con las necesidades de la población chilena, en lo relativo al cáncer.

Artículo 10.- Funciones de la Comisión. La Comisión tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al Ministerio de Salud en la definición de políticas relacionadas con materias referentes al cáncer.
- b) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de normas, planes y programas para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control del cáncer.

c) Apoyar el desarrollo e implementación del Plan Nacional **del** Cáncer.

d) Contribuir a la coordinación de todas las acciones relacionadas con el cáncer, en forma integral, intersectorial y cooperativa, así como proponer acciones que contribuyan al diagnóstico oportuno de las enfermedades oncológicas.

e) Evaluar la necesidad de modificaciones normativas que faciliten la implementación y evaluación de políticas y acciones en materias referentes al cáncer.

f) Realizar recomendaciones en la revisión de guías de práctica clínica, normas y protocolos en materias referentes al cáncer. **Evaluar las intervenciones oncológicas de alto costo y con alto nivel de efectividad necesarias para la población.**

g) Contribuir a posicionar la temática de cáncer entre los desafíos de distintos sectores gubernamentales.

h) Realizar recomendaciones, en el ámbito del cáncer, para las inversiones y provisión de equipos, con el objeto de obtener una adecuada gestión de los recursos.

i) Proponer líneas de investigación científica y recomendaciones en materia de cáncer.

En el ejercicio de la función descrita en la letra i), la Comisión podrá solicitar a la Subsecretaria de Salud Pública la información y antecedentes que estime necesarios.

Artículo 11.- Integración de la Comisión. La Comisión estará integrada por los siguientes miembros:

a) **Cinco representantes de asociaciones científicas.**

b) **Tres representantes de las facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada institucionalmente, de conformidad con la ley N° 20.129, que establece el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.**

c) **Tres representantes de fundaciones u organizaciones de pacientes.**

Los representantes serán elegidos por cada entidad, de acuerdo al procedimiento interno que ésta haya fijado para

dicho efecto, respetando su plena autonomía y en conformidad a principios democráticos, participativos, transparentes y pluralistas.

Los miembros de la Comisión cesarán en sus funciones por muerte, renuncia presentada ante quien los nombró, expiración del plazo por el que fueron nombrados o por la existencia de un conflicto de intereses que haga imposible su continuidad como integrante de la Comisión, lo que será calificado por el reglamento a que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 12.- Conflictos de Intereses y Deber de Abstención. Los integrantes de la Comisión no podrán tener conflictos de intereses que **les** resten imparcialidad en las funciones que se **les** encomiende como **miembros de ella**. Para evitar potenciales conflictos de intereses, una vez efectuado el nombramiento los integrantes deberán realizar una declaración de **las** actividades profesionales, laborales o económicas que realicen o en que participen a la fecha de la declaración y que hayan realizado o en que hayan participado dentro de los doce meses anteriores a la fecha de su nombramiento.

Los miembros de la Comisión deberán abstenerse de tomar parte en la discusión o decisión de asuntos respecto de los cuales, en conformidad con su declaración de actividades profesionales, laborales o económicas, pueda verse afectada su imparcialidad.

Un reglamento expedido **a través del** Ministerio de Salud determinará la forma en que se deberá hacer la declaración a que se refiere el inciso primero y las situaciones que se considerarán como conflicto de intereses.

Artículo 13.- Funcionamiento de la Comisión. La Comisión será presidida por uno de sus miembros elegido por mayoría simple entre sus integrantes. El quorum mínimo para sesionar será de dos tercios de sus **miembros** y los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los asistentes.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, que será la encargada de coordinar **su funcionamiento, así como de preparar las actas de sus sesiones, las que deberán ser publicadas en el sitio electrónico del Ministerio de Salud.**

En cada sesión podrán participar con derecho a voz el Ministro de Salud y los Subsecretarios de Salud Pública y **de** Redes Asistenciales. Asimismo, la Comisión podrá invitar a expertos en la materia, quienes no tendrán derecho a voto.

Los miembros de la Comisión acordarán por mayoría simple la forma de funcionamiento de la misma, pudiendo establecer sesiones efectuadas mediante videoconferencia.

La Comisión se reunirá, a lo menos, cada dos meses. Asimismo, el Ministro de Salud podrá **convocarla extraordinariamente**, si así lo requiere.

El lugar de funcionamiento de la Comisión será en las dependencias del Ministerio de Salud, en la ciudad de Santiago. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión podrá acordar celebrar, de manera extraordinaria, sesiones en un lugar distinto al señalado anteriormente.

La Subsecretaría de Salud Pública deberá asegurar el debido funcionamiento de la Comisión y proveerá todos los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones, debiendo informar públicamente las actas de la Comisión.

TÍTULO III DEL FONDO NACIONAL DEL CÁNCER

Artículo 14.- Fondo Nacional del Cáncer. Créase un Fondo Nacional **del** Cáncer, en adelante el Fondo, destinado a financiar total o parcialmente programas y proyectos que se encuentren exclusivamente relacionados con la investigación, estudio, evaluación, promoción, desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer.

Artículo 15.- Composición del Fondo. El Fondo estará constituido por:

a) Los aportes que anualmente le asigne la Ley de Presupuestos del Sector Público;

b) Los recursos provenientes de la cooperación internacional;

c) Los aportes que reciba por concepto de donaciones, herencias o legados, a los cuales se les aplicará el artículo 18;

d) Asimismo, por decisión de los respectivos Consejos Regionales, se podrá asignar recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional que correspondan a la Región, para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, insumos o equipamientos, formación o capacitación, todo ello de conformidad con lo dispuesto por la letra e) del artículo 36 de la ley N° 19.175, orgánica constitucional

sobre Gobierno y Administración Regional, cuyo texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado es el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, de 2005.

El Fondo será administrado por la Subsecretaría de Salud Pública conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 1.263, de 1975, de Administración Financiera del Estado.

El Ministerio de Salud fomentará las acciones de colaboración público-privada para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley.

Artículo 16.- Asignación de Recursos del Fondo. La selección de los programas y proyectos que se financiarán por el Fondo deberá efectuarse mediante concursos públicos que **convocará** la Subsecretaría de Salud Pública.

Para dicho propósito, la Subsecretaría de Salud Pública realizará semestralmente una convocatoria, a menos que no haya fondos suficientes, lo cual será **determinado** por resolución exenta de la Subsecretaría de Salud Pública.

En ella podrán participar universidades, institutos profesionales e instituciones privadas sin fines de lucro del país y cualquier persona natural residente en Chile.

La Subsecretaría de Salud Pública podrá requerir la opinión de expertos nacionales e internacionales en la disciplina que corresponda.

Los proyectos serán seleccionados por el Subsecretario de Salud Pública, **con** consulta a la Comisión, la que deberá evacuar un informe en un plazo no mayor a 45 días hábiles; de lo contrario, se entenderá aprobada la propuesta efectuada por el Subsecretario de Salud Pública. La adjudicación de los recursos del Fondo se realizará por resolución del Subsecretario de Salud Pública, la que será comunicada a los solicitantes y publicada en el sitio electrónico del Ministerio de Salud.

Con todo, previo informe favorable de la Comisión Nacional del Cáncer, se podrá financiar de manera directa iniciativas o proyectos vinculados a la adquisición de medicamentos, insumos, equipamientos o tecnologías o proyectos de investigación, con o sin financiamiento compartido con el sector privado o mediante cooperación internacional, todo lo cual deberá ser aprobado mediante resolución fundada del Ministerio de Salud.

Artículo 17.- Reglamento Concursos Públicos. Un reglamento dictado **a través del** Ministerio de Salud, que deberá ser suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará los requisitos y procedimientos a que deberán sujetarse los concursos públicos que sean convocados de conformidad al artículo anterior. Asimismo, deberá incluir, entre otras normas, la periodicidad de la convocatoria, los criterios de evaluación, elegibilidad, selección, rangos de financiamiento; viabilidad técnica y financiera, el procedimiento de evaluación y selección de los programas y proyectos presentados al Fondo, y los compromisos y garantías de resguardo para el Fisco.

El Reglamento deberá establecer las diferentes categorías de proyectos, diferenciando recursos para proyectos de investigación, adquisición de medicamentos, tecnologías y equipamiento, formación y capacitación u otros, de manera de asegurar una equilibrada distribución de los recursos disponibles entre todos los objetivos de esta ley.

Las donaciones efectuadas al Fondo podrán estar vinculadas a un proyecto en particular.

Artículo 18.- Donaciones. Los contribuyentes del Impuesto de Primera Categoría que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley sobre Impuesto a la Renta declaren sus rentas efectivas determinadas mediante contabilidad completa o simplificada, que efectúen donaciones al Fondo, podrán, para los efectos de determinar la renta líquida imponible gravada con el impuesto señalado, rebajar dicha donación como gasto.

Las donaciones señaladas en el inciso anterior se aceptarán como gasto en el ejercicio en que se materialicen y se acreditarán mediante un certificado de **donación** extendido por la Subsecretaría de Salud Pública. Los requisitos para el otorgamiento del certificado de **donación**, así como sus especificaciones y formalidades, serán **establecidos** por el Servicio de Impuestos Internos.

Las donaciones que se efectúen al Fondo estarán liberadas del trámite de insinuación. Asimismo, las donaciones, herencias, legados y demás aportes que se confieran al Fondo estarán exentos del impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones establecido en la ley Nº 16.271.

Artículo 19.- Reglamento del Fondo. Un reglamento elaborado por el Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, determinará la forma en que operará el Fondo del que trata este Título.

Artículo 20.- Derecho a confirmación diagnóstica y consejería genética. Las personas tienen derecho a confirmación diagnóstica y a recibir tratamiento, ante la sospecha fundada de padecer algún tipo de cáncer. Dicha sospecha deberá ser certificada por el médico tratante.

El equipo médico deberá otorgar consejería genética a los pacientes diagnosticados de cáncer, en caso de detectarse factores de riesgo personales, ambientales o familiares de padecer dicha enfermedad, así como a sus familiares en los casos que determine el reglamento. Además, el equipo médico deberá informar los tiempos transcurridos en consultas, exámenes y tratamientos.

Artículo 21.- *El Ministerio de Salud deberá informar, una vez al año, los avances y desarrollo de la Ley Nacional del Cáncer, en forma desagregada por región, ante las Comisiones de Hacienda y de Salud, unidas, en la Cámara de Diputados y en el Senado.*

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo Primero Transitorio.- La presente ley entrará en vigencia en el plazo de seis meses contado desde su publicación en el Diario Oficial.

Artículo Segundo Transitorio.- Los reglamentos a que refiere esta ley deberán dictarse dentro de un plazo de seis meses contado desde la publicación de la misma en el Diario Oficial.

Artículo Tercero Transitorio.- El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley durante el primer año de su entrada en vigencia se financiará con cargo a los recursos contemplados en la partida presupuestaria del Ministerio de Salud.

Artículo Cuarto Transitorio.- De conformidad con lo dispuesto por el artículo 6º, durante el primer año de vigencia de la presente ley se destinará, con cargo a los recursos disponibles en el Programa 02 del Capítulo 10, "Inversión Sectorial de Salud", del Ministerio de Salud, la suma de veinte mil millones de pesos para la reposición de equipos, la realización de tres estudios de pre inversión de centros oncológicos y la habilitación o construcción de dos centros especializados."

- - -

Acordado en sesiones celebradas los días 25 de noviembre y 3 de diciembre de 2019, y 28 de enero de 2020, con asistencia de los Honorables Senadores señores Ricardo Lagos Weber (Presidente), Juan Antonio Coloma Correa, José García Ruminot, Carlos Montes Cisternas y Jorge Pizarro Soto.

Sala de la Comisión, a 28 de enero de 2020.

SOLEDAD ARAVENA CIFUENTES
Secretaria de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE ESTABLECE LA LEY NACIONAL DEL CÁNCER. (Boletín N° 12.292-11)

I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: establecer un marco normativo que permita desarrollar políticas, planes y programas relacionados con la enfermedad del cáncer, abordando todas las etapas de manejo de la enfermedad.

II. ACUERDOS:

Artículo 1: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 3: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 4: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 5: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 6: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 8: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 13 incisos segundo y final: aprobados unanimidad 4x0.
 Artículo 14: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 15: aprobado unanimidad 4x0, salvo la letra d), aprobada unanimidad 3x1 abstención.
 Artículo 16: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 17: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 18: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 19: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo 21: rechazado unanimidad 4x0.
 Nuevo artículo 21: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo tercero transitorio: aprobado unanimidad 4x0.
 Artículo cuarto transitorio: aprobado 3x1 en contra.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:
 veintiún artículos permanentes y cuatro disposiciones transitorias.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: la Comisión de Salud consigna que los artículos 9º, 10 y 11 son propios de ley orgánica constitucional, porque insertan en la organización básica de la Administración del Estado una Comisión Nacional del Cáncer; la letra d) del artículo 15 también lo es, porque remite a la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

V. URGENCIA: suma.

VI. ORIGEN e INICIATIVA: Mensaje del Presidente de la República señor Sebastián Piñera Echenique.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: primer trámite.

VIII. INICIO DE LA TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 10 de diciembre de 2018.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: informe de la Comisión de Hacienda.

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

- De la Constitución Política de la República, los ordinales 1° y 9° del artículo 19.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, 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.
- Decreto ley N° 1.263, de 1975, de Administración Financiera del Estado.
- Decreto Ley N° 824, de 1974, ley sobre Impuesto a la Renta.
- Código Sanitario, Libro I, Título IV “De las estadísticas sanitarias” y Libro V “Del ejercicio de la medicina y profesiones afines”
- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.
- Ley N° 20.500, sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado de la ley N° 19.175, orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.
- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
- Ley N° 20.129, que establece el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.
- Ley N° 16.271, de impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones

- Código del Trabajo, Título II, de la protección a la maternidad, la paternidad y la vida familiar.

- - - - -

Valparaíso, 28 de enero de 2020.

SOLEDAD ARAVENA CIFUENTES
Secretaria de la Comisión