

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Salud pasa a informaros sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple", cuyo plazo constitucional vence el día 6 de diciembre de 2002.

i. I.- CONSTANCIAS.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 287 del Reglamento de la Corporación, se establecen las siguientes constancias:

a) Normas orgánicas constitucionales y de quórum calificado:

La Comisión, por la unanimidad de los Diputados presentes acordó que no existen disposiciones de tales características.

b) Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda.

La Comisión, por asentimiento unánime acordó remitir a dicha Comisión los artículos 4°, 6° y los Títulos V y VI y el artículo tercero transitorio.

ii. II. ANTECEDENTES.

Antecedentes de hecho.

Cada sociedad ha tenido un particular estado de salud, como producto de factores que han hecho posible mejorar el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía. Los gobiernos los han identificado y han adoptado acciones para mejorarlos periódicamente y permitir su control.

En nuestro país en particular, la decidida acción del Estado permitió alcanzar los actuales indicadores de salud. Por lo mismo, a decir de la autoridad, es imprescindible realizar un nuevo esfuerzo para satisfacer las necesidades crecientes que en materia de salud se han generado.

Hace cincuenta años, se creó el Servicio Nacional de Salud, que significó la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el establecimiento de una estructura nacional que definió la responsabilidad del Estado en salud pública.

Según el mensaje, la solidez y la fortaleza del Servicio Nacional de Salud no solo permitió elevar la salud de la población, sino que creó una profunda vinculación entre el quehacer sanitario y el respaldo ciudadano.

Pero, a partir de 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron. Ello obedeció - a decir del mensaje-, por una parte, a su fragmentación, resultado del traspaso de la atención primaria a los municipios, y, por otra, a su segmentación, a causa de la creación de las Instituciones de Salud Previsional, Isapres. Esta tendencia se agravó con la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que afectó al sector público durante dicho período.

En los años noventa se realizó un considerable esfuerzo de inversión para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública, en particular la hospitalaria. Los recursos se destinaron preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban mayor grado de deterioro de su infraestructura y mayor vulnerabilidad médico - social en su población beneficiaria.

Al mismo tiempo, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector y se completaron las dotaciones de profesionales, las que acusaban serios déficit.

Actualmente, a pesar de estos ingentes esfuerzos de la última década, el modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se expresa, de un lado, en la insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, tanto en el sector público, en que las personas beneficiarias del mismo solicitan mejoría en la cobertura, en el trato y en la oportunidad, como en el sector privado, en que demandan mayor protección de sus derechos. Por otra parte, es importante reconocer que existen espacios para realizar importantes mejoras de gestión que aseguren que los esfuerzos futuros de inversión se traduzcan en más y mejores prestaciones para la población. Todo ello aconseja reformar el sistema de salud del país a fin de tratar de responder a las necesidades y expectativas de la población.

Valores y principios que informan la reforma de la salud.

Los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma de la salud que se impulsa son:

a) Derecho a la salud.

Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas.

Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y en su trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Para resguardar el derecho a la salud, es necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y crear los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

b) Equidad en salud.

La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud. En el ámbito de la salud, la inequidad se expresa con singular dureza en la disminución de la calidad de vida de las personas y en el aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que originan las desigualdades evitables. A ello se deben dedicar los mayores esfuerzos.

c) Solidaridad en salud.

La solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos, es otro de los principios de la reforma. Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

d) Eficiencia en uso de recursos.

La mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucren tanto los ámbitos de recursos humanos y los financieros, en los cuales es necesario terminar, entre otros, con los problemas de administración de personal y de deuda, como también a los propios beneficiarios, en lo referente a una eficaz focalización y uso de los subsidios en salud. El compromiso de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos implica un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, y que va en directo beneficio de la salud de la población.

e) Participación social en salud.

La participación social implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y a las correspondientes políticas públicas.

La adecuada e informada participación de los usuarios requiere total transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma de la salud.

FUNDAMENTOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LA REFORMA DE LA SALUD.

a) Expectativas de la población.

La población, cada vez mejor educada e informada de sus derechos exige ser tratada con dignidad, que se le informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se le otorgue el derecho de decidir respecto a su salud, y, por ende, también a que se la atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobre todo, a que se le resuelvan sus problemas.

b) Perfil epidemiológico y cambios demográficos.

Nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia de su progresivo envejecimiento, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo. Esta transición forma parte de cambios sociales, económicos y culturales, insertos en un mundo globalizado.

Lo anterior significa que coexisten problemas de salud de diversa índole. Por una parte, hay enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo, y por otra, hay enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

c) Obsolescencia del modelo de atención de salud.

El modelo vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud. Hoy día este sistema es insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de la mejor salud de la población adulta y de la tercera edad.

Una expresión concreta de la limitada capacidad del sector público para atender a las nuevas demandas la representan las "listas de espera" de consultas de especialidades, que consignan que más de 200.000 personas esperan para ser atendidas por un especialista.

El desafío de la reforma es desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención y que se centre en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los

problemas de salud. Por tanto, debe propender a maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante el uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen eficacia y efectividad científicamente demostrada. Asimismo, debe superar la actual fragmentación del sistema de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

Materias que se deben abordar en la reforma de la salud.

Para que la reforma logre su desafío, es necesario asegurar la integralidad de sus componentes.

a) Definición de los objetivos nacionales de salud.

En el marco de la reforma, estos objetivos constituyen el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

En este sentido, el Ejecutivo cree que las metas que se deben plantear para la década 2000 - 2010, deben orientarse a:

- 1) Disminuir las desigualdades en salud;
- 2) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad;
- 3) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y
- 4) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

b. El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El derecho a la salud deberá ser garantizado a la población mediante un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que permitan el ejercicio del mismo, con respaldo de una institucionalidad adecuada.

El sistema de salud existe para proteger la salud de las personas y para el evento en que ella sea afectada y para remediar o paliar sus efectos negativos.

Desde esta perspectiva, es posible distinguir dos componentes. Un primer elemento está constituido por las acciones de salud pública. Un segundo elemento lo constituyen las prestaciones para hacer frente a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud.

El componente de salud pública del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

El primer componente es el conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y de otros condicionantes; a promover la creación de condiciones saludables en la vivienda, la ciudad y el trabajo, y a proveer la adopción de comportamientos colectivos para realizar acciones ambientales y de educación en salud e individuales, como las vacunas, las que mantendrán sana a la población.

El componente de salud pública se financia actualmente mediante el aporte fiscal y es elaborado, evaluado y administrado por el Ministerio de Salud. Su ejecución, en un ámbito sectorial o intersectorial, está a cargo de instituciones públicas y privadas, en una relación de complementariedad.

Para su formulación, se deben considerar los "objetivos nacionales de salud", el avance en el cumplimiento de los mismos, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones propuestas y la evolución de la situación sanitaria del país.

El componente de salud de las personas del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

Este segundo componente es el conjunto de enfermedades y condiciones de salud, con prioridad acorde a la importancia sanitaria, a la efectividad del tratamiento, al impacto financiero sobre las familias y a las expectativas de las personas.

Para estas patologías, actualmente, se determinan acciones y prestaciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, necesarias y efectivas para resolver integralmente los problemas de salud de las personas. Pero, para asegurar efectivamente su funcionamiento, se requiere de un Régimen de Garantías en Salud que establezca los diferentes niveles, como, por ejemplo, tiempos de espera, complejidad de la atención y cobertura financiera, exigibles por las personas y fiscalizadas por la autoridad de salud, que lo transformen en el instrumento esencial para asegurar el acceso equitativo y no discriminatorio al sistema de atención de salud.

Este componente debe ser obligatoriamente asegurado a los beneficiarios, tanto del Fondo Nacional de Salud como de las Instituciones de Salud Previsional, instituciones que deben ser responsables del cumplimiento de las garantías explicitadas.

En el caso del Fondo Nacional de Salud, si la oferta pública no fuere suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes, dicha institución deberá comprar en el sector privado de salud aquellas prestaciones necesarias para solucionar los problemas que afecten al sector público.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar este componente sin discriminación de precio a todos sus beneficiarios. Esto permitirá desvincular el costo de los seguros del riesgo individual de enfermar. Así, se materializará la solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres.

c) Nuevo modelo de atención.

Este modelo debe, en lo esencial, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y optimizar las intervenciones, en su eficiencia y eficacia.

El nuevo modelo debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; a la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; a la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitario "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y del equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, que asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con sus familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

d) Recursos humanos.

Contar con un recurso humano comprometido requiere de políticas que contemplen su permanente actualización, crecimiento profesional, remuneraciones acordes con sus responsabilidades y desempeño, y espacios de participación.

Tan importante como lo anterior es dotar a los trabajadores del sector de un entorno laboral confortable, que incorpore los avances de la modernidad y que favorezca la constitución de equipos de trabajo, en que cada integrante pueda aportar su experiencia e ideas al proceso asistencial.

En definitiva, se trata de definir objetivos comunes por establecimiento y equipos de trabajo coherentes con la red, la integración real de todos los estamentos en las diferentes instancias de participación, la adecuación de las dotaciones a los nuevos perfiles epidemiológicos, las necesidades de la población y las metas planteadas.

e) Autoridad sanitaria.

Para implementar la reforma y regular el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas, se requiere de un Ministerio de Salud rector, con potestades regulatorias y fiscalizadoras, capaz de detectar nuevos problemas de salud, anticipando soluciones, y de controlar aquellos que ya hoy constituyen amenazas para la sociedad chilena, por lo que es clave la separación de funciones y una identificación precisa de los ámbitos de responsabilidad, de manera de reforzar el control de gestión y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Por consiguiente, la autoridad sanitaria deberá velar para que todos los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, estén acreditados en su capacidad de dar una atención de calidad y sean complementarios para la mejor utilización de los recursos disponibles en el país.

f) Financiamiento.

Se propone la creación de un fondo solidario, para financiar las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud. Este fondo se financiará con recursos fiscales que provendrán de reasignaciones, mejoras en la gestión y focalización, crecimiento de la economía, e impuestos a determinados artículos dañinos para la salud de la población, lo que, además, de permitir la recaudación solidaria, desincentiva el consumo de dichos productos.

Dentro de las mejoras en la gestión y focalización, debe resaltarse que el pago de los subsidios maternales se hará solidariamente, por la vía de las cotizaciones de salud de hombres y mujeres, sin alterar los beneficios a que hoy tienen derecho las mujeres trabajadoras y previniendo, así, eventuales discriminaciones contra ellas. Según el mensaje, se introduce, de este modo, un elemento de equidad, hoy ausente, entre beneficios y contribuciones.

g) Mejoramientos de gestión.

La eficiencia es, hoy más que nunca, un imperativo ético, ya que, mientras mejor se utilicen los recursos disponibles, habrá mayor cobertura y calidad de vida para la población. Esto es particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos con relación a la magnitud de las necesidades.

Entre otras medidas, se requiere:

a) Que todos los incrementos de recursos destinados a los servicios de salud en los próximos años se efectúen de acuerdo con la demanda efectiva por prestaciones que éstos enfrenten;

b) Que los incrementos de remuneraciones al personal profesional, técnico y administrativo que se desempeña en los servicios públicos de

salud se vincule a su desempeño, y que los incrementos en remuneraciones generales o bases sean atendidos exclusivamente a través de los reajustes generales de remuneraciones en el sector público;

c) Que, respetando la estabilidad, se incremente la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos al interior de los servicios de salud, para lo que se requerirá de los jefes de servicios hacer pleno uso de sus facultades para la asignación de personal entre los hospitales y servicios clínicos de su dependencia, evitando la inamovilidad del personal de planta;

d) Que se exija al personal el cumplimiento pleno de sus obligaciones funcionarias, desapareciendo el incumplimiento horario, así como la atención de pacientes privados sin el respectivo convenio con el hospital. Asimismo, se requiere que el ausentismo del personal se adecue a niveles normales;

e) Que se optimice el aprovechamiento de la capacidad profesional de los médicos en los hospitales públicos, descargándolos de funciones que pueden ser cumplidas por otros profesionales, así como el empleo de profesionales no médicos para procedimientos en los que sea factible la sustitución;

f) Que se promueva entre los directores de establecimientos el pleno uso de sus facultades administrativas, identificando como clara prioridad la satisfacción de las necesidades de los usuarios;

g) Que se establezca un riguroso sistema de control de gestión. Para ello, deberán considerarse metas sanitarias, administrativas y financieras. Con el pleno desarrollo del "programa de prestaciones valoradas" como principal mecanismo de asignación de recursos dentro del sistema, no será justificable que los hospitales incurran en un sobreendeudamiento con proveedores, y

h) Que se controle rigurosamente el fraude y el abuso en los subsidios de salud, el pago de prestaciones por pacientes no indigentes y el uso del sistema de medicina curativa de libre elección. Asimismo, se requiere revisar y reforzar la institucionalidad en la que se insertan estos servicios, de modo de generar incentivos a una fiscalización y cumplimiento efectivos.

El itinerario legal de la reforma.

El Ejecutivo señala que en el año 2001, inició su tramitación el proyecto de ley sobre "los derechos y deberes de las personas en materia de Salud", boletín N° 2727-11.

El segundo proyecto lo constituye el de este informe, que establece un régimen de garantías en salud.

El cumplimiento de las señaladas garantías requerirá de una nueva institucionalidad sectorial que permita una formulación precisa de las políticas de salud, normas e instrumentos de fiscalización.

Las demás iniciativas legales que forman parte de una reforma integral, coherente e inseparable, serán las siguientes:

1. Autoridad sanitaria, que fortalecerá las atribuciones del Ministerio de Salud y de sus organismos descentralizados, de manera de concentrarlos en funciones que les debieran ser propias;

2. Introducir diversas modificaciones en la ley N° 18.933, toda vez que la comunidad nacional, a través del Poder Legislativo, ha demandado en reiteradas oportunidades mayor regulación en el ámbito de la salud privada, otorgando mayores facultades de fiscalización a la Superintendencia del ramo y comprometiendo a estas instituciones en mayor integralidad en las atenciones de salud que otorgan;

3. Mejoras de gestión, ya que urge contar con un sistema eficiente en el manejo de los recursos que sustente efectivamente la atención oportuna y de calidad a la población. Para este propósito, se encuentra en elaboración un conjunto de iniciativas legales que abarcarán los ámbitos de administración de recursos humanos, transferencias financieras a los servicios, uso de subsidios en salud, y focalización de beneficios en la población de menores recursos, y

4. Financiamiento, con el objeto de respaldar, de manera solidaria, las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud, y así asegurar su cobertura.

iii. III. MINUTA DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La iniciativa en tramitación tiene por objeto adecuar la actual estructura institucional de salud a los nuevos desafíos epidemiológicos, así como a las necesidades de una población más informada y consciente de sus derechos, otorgándole los medios para hacer efectivas las garantías en salud que contiene este proyecto.

A decir del mensaje, importa “un paso trascendental en el camino para lograr profundas transformaciones que permitirán que toda persona tenga, sin discriminaciones por capacidad de pago, género o edad, en un país que tiene limitaciones reales de recursos, una mejor salud y una atención de mayor calidad, más eficiente y oportuna”.

En definitiva, se establece un régimen de garantías en salud, la forma de definirlo, el organismo encargado de llevarlo a la práctica, la forma de definir las patologías y las prestaciones vinculadas, así como las garantías explícitas. Asimismo, se regula el otorgamiento de las prestaciones y garantías, la forma de exigir la protección de los derechos y garantías del régimen y su fiscalización.

También se propone la adecuación de diversas normas vigentes, contenidas básicamente en las leyes N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapres y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3, de Salud, de 1981.

Relación descriptiva de la iniciativa.

Las ideas matrices y fundamentales se desarrollan en los 27 artículos permanentes, divididos en tres títulos y en tres disposiciones transitorias.

El título I, del Régimen de Garantías en Salud, consta de cinco párrafos y comprende los artículos 1° al 14.

El párrafo 1°, Disposiciones Generales, artículos 1° al 5°, inclusive, señala que el objeto de la ley es regular el régimen de garantías en salud y su definición, así como los conceptos de acceso, de calidad, de oportunidad y de protección financiera, factores claves en la concepción y definición del régimen de garantías en salud.

El párrafo 2°, de la “Elaboración del Régimen de Garantías en Salud, artículos 6° y 7°, indica que éste será elaborado por el Ministerio de Salud tomando en consideración la magnitud, transcendencia y gravedad de la situación sanitaria del país, con la colaboración del Consejo Consultivo y aprobado por decreto supremo, firmado, además, por el Ministro de Hacienda.

El párrafo 3°, del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, artículos 8° al 11, inclusive, establece el Consejo, su

composición, el nombramiento de sus integrantes, así como su funcionamiento y atribuciones.

El párrafo 4°, de la Revisión del Régimen de Garantías en Salud, artículo 12, fija el plazo en que debe someterse a revisión el régimen, la forma de modificarlo y el plazo en que entrarán en vigencia las nuevas disposiciones.

El párrafo 5°, de la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, artículos 13 y 14, determina que él debe otorgarse a los beneficiarios de la ley N° 18.469, así como a los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, sin perjuicio de que estas instituciones puedan dar otras prestaciones.

El título II, de la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud, consta de dos párrafos y comprende los artículos 15 al 24, inclusive.

El párrafo 1°, de la Superintendencia de Garantías en Salud, artículos 15 al 23, crea la Superintendencia, determina sus funciones y establece como se designa al Superintendente.

El párrafo 2°, de la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud a los beneficiarios de la ley N° 18.933, artículo 24, establece que ella corresponde a la Superintendencia de Isapres.

El Título III, Disposiciones Varias, comprende los artículos 25 al 27, inclusive. Proponen también modificaciones de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 y declaran la vigencia de diversas normas sobre atención médica curativa.

Las disposiciones transitorias, facultan al Presidente de la República para que mediante decreto con fuerza de ley, dicte las normas necesarias para el funcionamiento de la Superintendencia de Garantías en Salud.

Asimismo, establecen el plazo y la forma de promulgación del "primer régimen de garantías en salud".

Por último, disponen que, en el primer Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, el Presidente de la República nombrará cinco Consejeros que permanecerán tres años en sus cargos.

iv. IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.

Vuestra Comisión, en el cumplimiento de su cometido, escuchó a las siguientes personas:

Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Mario Fernández;

Ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza;
Superintendente de Isapres señor José Pablo Gómez;
Director del Fondo Nacional de Salud, doctor Alvaro Erazo;
Directora del Instituto de Salud Pública, señora Jeanette Vega;

Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval;

Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro;

Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal, doctor Esteban Maturana;

Presidente de la Confederación de Trabajadores de la Salud, CONFENATS, señor Jorge Araya y dirigentes señores Mauricio Ugarte, Roberto Alarcón y Juan Oróstica;

Presidente de la Federación Metropolitana de FENATS, señor Emilio Guzmán;

Presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS, señor Juan Díaz, y la Vicepresidenta, señora Enelia Lira;

Presidente de la Federación Nacional de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, FENTESS, señor Juan Rapimán, y Primer Vicepresidente, señor Victor Concha;

IV. 1. EXPOSICIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, DOCTOR OSVALDO ARTAZA.

El Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza, en su exposición, señaló que el objeto fundamental de la reforma de la salud es conseguir un salto cualitativo en términos de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención. Asimismo se trata de avanzar en solidaridad y lograr que los recursos de que el país dispone en materia de salud, ya sea en el sector público o en el privado, puedan tener mayor impacto en salud.

Es sabido que no es indiferente la manera como se utilizan los recursos, por lo que se espera lograr que, a determinado nivel de recursos, exista determinado impacto en la salud de la población. Analizando experiencias internacionales, se puede constatar que, en países con distinto nivel de gasto, no existe, necesariamente, una relación estricta con el resultado sanitario de la población, lo que se explica en razón de la forma en que la sociedad enfrenta las causas de generación de las enfermedades y en que está organizado su sistema de atención y en que los recursos son invertidos.

Por ello, es necesario promover la participación social, en atención a la importancia que tiene para la población el desarrollo de estilos y hábitos de vida saludables y a cómo se ejerce el control social sobre los sistemas sanitarios. El grado de participación en este doble ámbito también es determinante en cómo una población obtiene mejores condiciones sanitarias.

La salud constituye una responsabilidad social. Obviamente, la reforma también lo es, por lo que su debate y aprobación y concreción no pasan por tener una buena ley, sino que es necesario constituir un proceso de transformación cultural de nuestra sociedad respecto de la percepción del sistema de salud y de la enfermedad.

En definitiva, los principios fundamentales de la reforma de la salud son: equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención; solidaridad financiera, efectividad y eficiencia, participación social, salud como responsabilidad social y promoción de una transformación cultural.

En todo caso, no es posible dejar de tener presente que la reforma, así como las iniciativas legales en que se concreta, está basada en objetivos sanitarios que persiguen mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y en reducir las desigualdades en salud, mejorando la de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Detrás de estos dos grandes objetivos hay cuatro más específicos, que son:

1. Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados. Es de todos conocido el hecho de que nuestro país presenta buenos resultados sanitarios, considerando el nivel de recursos invertidos, por lo que mantener eso y mejorarlo implica un esfuerzo grande;

2. Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento de la población. El país requiere invertir en patologías nuevas, derivadas del cambio del perfil epidemiológico;

3. Reducir las desigualdades en el acceso a la atención de salud. Ello implica introducir elementos para equiparar el acceso, oportunidad y calidad de la atención, y

4. Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población, que en los últimos años ha sido más exigente y requiere de un trato adecuado.

Para dar cumplimiento al primer objetivo de mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados en materia de mortalidad infantil y sus componentes, se debe acelerar el descenso observado, especialmente en el área neonatal, mantener la tendencia descendente con relación a la mortalidad materna y mantener la tendencia positiva en el ámbito de las enfermedades infecto-contagiosas y emergentes. En materia de tuberculosis ha existido un gran avance, pero debe llegarse a un estadio superior, que corresponde a la fase de eliminación avanzada.

Mantener los índices actuales que representan un gran avance en el país y aumentarlos implica mayor inversión de recursos.

En relación con el segundo objetivo de enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento de la población, se deben abarcar patologías como el tabaquismo, la obesidad, la conducta sexual insegura, que corresponden a factores condicionantes que es necesario abordar, puesto que, por ejemplo, el 17% del total de muertes pueden ser atribuidas al tabaco y existe fuerte vivencia con relación a su influencia en múltiples enfermedades. Lo mismo sucede con la obesidad como factor de riesgo muy importante, en la cual los logros que ha conseguido el país son insuficientes.

Dentro de este mismo objetivo, se debe tener presente que las principales causas de mortalidad son las cardiovasculares, los cánceres y los traumatismos. En el primer caso, se pretende disminuir la mortalidad del grupo sobre la base de la intervención específica en enfermedades isquémicas y cerebrovasculares. Asimismo, como se asumirá el propósito de disminuir la mortalidad del grupo sobre la base de la intervención en el cáncer cérvico-uterino, de mama, de vesícula y de próstata, además de aumentar la cobertura de cuidados paliativos. En cuanto a los traumatismos, se quiere frenar el aumento del grupo en base a la intervención específica en accidentes del tránsito.

Asimismo, entre las principales causas de mortalidad relacionadas con el envejecimiento de la población, están las respiratorias y la diabetes.

En este mismo objetivo, se consideran las principales causas de discapacidad que son derivadas de la salud mental, como la depresión, trastornos severos y adicciones, por lo que se espera aumentar la cobertura en tratamiento y frenar el asenso del abuso. En salud dental, se propenderá a la fluoración del agua y se privilegiarán las atenciones y acciones en prevención, urgencias, coberturas y prótesis. En relación con las enfermedades osteoarticulares, se pretende disminuir las causas de discapacidad, en las cuales la artrosis ocupa un lugar importante en los indicadores de vida saludable perdidos, sobre todo en las mujeres.

El tercer objetivo de la reforma es reducir las desigualdades lo que implica disminuir las brechas entre grupos educacionales extremos en el nivel geográfico y establecer sistemas de monitoreo, factores muy relevantes en materia de mortalidad infantil y esperanza de vida, los cuales están determinados por la condición socio-económica y educacional de las madres.

El cuarto objetivo es responder a las necesidades y expectativas de la población en términos de protección financiera en salud, lo que significa reducir el gasto directo o "de bolsillo" y dar un carácter progresivo al sistema financiero en salud.

Asimismo, se refirió a los factores de mejoramiento en el acceso, calidad y satisfacción usuaria. En lo que dice relación con el acceso, se debe lograr mayor equidad en la atención de salud de los grupos desprotegidos. Respecto de la calidad, se debe implementar la autorización sanitaria en el ciento por ciento de los establecimientos y disponer un sistema de acreditación de los mismos mediante evaluación externa para todos ellos. Sobre la satisfacción usuaria, se debe contar con sistemas de monitoreo permanente.

El sistema AUGE establece las bases para la aplicación del acceso universal de garantías explícitas, instrumento que permitirá dar prioridad y garantizar de manera explícita la atención integral de las necesidades de salud que hoy causan la mayor mortalidad, discapacidad y pérdida de calidad de vida. Con el AUGE, 56 patologías calificadas como prioritarias serán garantizadas, con tiempos de espera definidos, con copagos razonables y con topes para proteger el ingreso familiar.

Este sistema establece, además, los mecanismos institucionales y jurídicos que permiten que tales garantías constituyan derechos exigibles para los cotizantes tanto del sistema público de salud como del privado, por lo que se crea la Superintendencia de Garantías en Salud, que fiscalizará el cumplimiento de las garantías respecto a los beneficiarios del sistema público.

En definitiva, el régimen de garantías explícitas corresponde a un conjunto de acciones para enfrentar el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el trauma y las urgencias, así como los principales problemas crónicos y de salud mental, entre otros. Este régimen es de carácter obligatorio para los afiliados al Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional. Tendrá tiempo de espera definido, el cual estará en relación con el tiempo prudencial y racional en que un problema diagnosticado debe ser enfrentado.

Los copagos tendrán montos diferenciados. Así es como para los indigentes, esto es, los afiliados a Fonasa de categorías A y B, el copago será cero, y de cero a 20% para los afiliados a Fonasa e Isapres según el problema de que se trate y con topes según ingreso familiar. Se pretende que el tema económico no sea un obstáculo para que la población acceda a las prestaciones de salud que requiera cuando se trate de una enfermedad incluida en el AUGE.

Además, el proyecto establece los mecanismos institucionales que permitan que estos problemas y su solución se constituyan en derechos sociales y, por lo tanto, exigibles en forma equitativa y aplicables tanto para los cotizantes del sistema público de salud, Fonasa, como del privado, Isapres. Por ello se propone la creación de esta Superintendencia de Garantías en Salud, que tendrá como función primordial fiscalizar el cumplimiento de estos derechos.

Por tanto, el sistema AUGE lo que hace es crear un régimen de garantías dentro del contexto de las leyes y los regímenes actuales de carácter obligatorio, con tiempos de espera definidos y copagos determinados con anterioridad y que, además de ser obligatorio, en el sistema de Isapres establece que debe ser dado sin diferencias de valor entre hombres, mujeres y ancianos.

Además, este régimen es parte de un sistema más global e integral, ya que contempla también las acciones de salud pública y todas las otras acciones y prestaciones que otorgan tanto el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, como las Isapres. Sobre ellas, el espíritu de la ley es que sean otorgadas, al menos, en las actuales condiciones de oportunidad en la atención y de protección financiera. Es decir, la instauración y funcionamiento del régimen de garantías no pueden ir en desmedro de todas las demás prestaciones que se otorgan actualmente.

También se ha señalado que el espíritu y el propósito de este régimen de garantías es que sea incrementado en el tiempo, por lo que es necesario contar con una institucionalidad que permita revisarlo periódicamente,

razón por la cual se propone crear el Consejo Nacional del AUGE que, cada tres años, con los aportes técnicos del Ministerio de Salud, de organizaciones técnicas y sociales, así como de los usuarios, sugerirá una propuesta nueva para el sistema.

Señaló que cuando se encuentre en funcionamiento el régimen de garantías, implicará un sistema ordenador en materia de equidad, permitiendo que los afiliados al Fonasa y a las Isapres tengan dos tipos de derechos y una institucionalidad que permitirá ejercerlos o, en caso contrario, exigir su cumplimiento. Los derechos son, por una parte, sociales y tienen relación con el régimen de garantías y, por la otra, personales, que dicen relación, obviamente, con los derechos y deberes de las personas en salud.

Reiteró que el AUGE ha sido construido desde la lógica sanitaria y que cada uno de los problemas ha recibido su prioridad y se ha estudiado y analizado desde el punto de vista de las acciones necesarias que se deben abordar para resolverlo y que, luego de determinar cuáles son las acciones, se las ha valorizado a costos reales.

En relación con el proyecto propiamente tal y su tramitación, señaló que el Ejecutivo ha formulado una indicación que se refiere a las siguientes materias. La primera es la creación del Fondo de Compensación Solidario, que tiene como objetivo terminar con las diferencias de precio que enfrentan las personas en razón de su sexo, edad y otros factores de riesgo, por lo que se establece un solo precio para el AUGE para los afiliados a las Isapres y al Fonasa.

Este fondo permitirá compensar a quienes tienen mayores riesgos de salud, de manera tal que cada sistema se haga responsable integralmente de sus afiliados, por lo que, si una persona sale de un sistema, ingresa al otro sin problemas y el sistema se haga cargo de él con sus problemas de salud sin mayores inconvenientes.

Por otra parte, esta indicación establece que el Estado deberá financiar el régimen de garantías de las personas que no tienen recursos, para lo cual se indexará el aporte del Estado a lo que las personas de menos recursos requieran. En la medida que el régimen de garantías se incremente en el tiempo, también el Estado deberá hacerse responsable de que ese incremento tenga sustento también para esas personas. Esta materia es de suma importancia y, de no aprobarse en el largo plazo, implicará tener un régimen de garantías distinto para los que poseen más recursos que el de aquellos que tienen bajas cotizaciones o son indigentes. La única manera de que el régimen de garantías se incremente para todos por igual es que exista este fondo virtual, que deberá contar con mecanismos para otorgar estos ajustes de recursos, a fin de evitar "el descreme" puesto que cada sistema deberá hacerse cargo de todos sus afiliados.

La vigencia del sistema AUGE implicará que tanto el Fonasa como las Isapres otorguen el régimen de garantías en las mismas condiciones y con el mismo precio y, por lo tanto, el Fondo de Compensación Solidario ajustará el riesgo de manera de evitar que existan diferencias. Pero, por sobre este régimen de garantías, están todas las demás prestaciones que efectúa el Fonasa, como la libre elección y el subsidio por incapacidad laboral, por lo que se pretende que las Isapres otorguen estas mismas prestaciones, al menos, con las mismas bonificaciones que el Fonasa y al mismo precio. Este mismo precio será inter Isapres, mientras el régimen de garantías será el mismo precio para todas las Isapres.

Esto llevará a que, así como existe un sistema de compensación horizontal, exista uno de compensación vertical en cada Isapre, de manera que cada una de ellas deberá compensar ese componente, lo que permitirá la competencia entre las entidades de salud previsual; pero cada una tendrá que ofrecer el mismo precio sin establecer ninguna diferencia por sexo o por

edad. Lo que se escapa a esta regla responde a las coberturas y prestaciones adicionales.

Concluyó señalando que, además, la indicación al proyecto de ley AUGE plantea la creación de un Fondo Solidario Maternal, el que fue explicado en la sesión de las Comisiones Unidas por el Ministro de Hacienda. Asimismo, establece la obligatoriedad de la cotización para los trabajadores independientes.

IV. 2. EXPOSICIÓN DEL DOCTOR ÁLVARO ERAZO, DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA).

El doctor Alvaro Erazo (Director del Fondo Nacional de Salud) Informó que el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, fue creado mediante el decreto ley N° 2.763, en el cual estableció que es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, destacando entre sus funciones más importantes la de recaudar, administrar y distribuir los recursos del Fondo, financiar las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 y la infraestructura de los establecimientos públicos que integran el sistema.

El Fonasa debe cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469 por parte de las personas u organismos obligados a efectuarlas.

Destacó que, cuando se trata de la modalidad de atención institucional, es el Ministerio de Salud el encargado de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparte en relación con la calidad, acceso y oportunidad.

El proyecto en estudio otorga nuevas funciones al Fonasa. Las principales dicen relación con la facultad para fiscalizar la recaudación de cotizaciones, otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el régimen de garantías en salud y conocer y resolver reclamos de beneficiarios según el procedimiento que fije el Ministerio, sin perjuicio de las funciones y atribuciones que le competan a la futura Superintendencia de Garantías.

Asimismo, establece que el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar los beneficiarios de la ley N° 18.469 otras prestaciones o beneficios complementarios que proporcionen mejores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera que los contemplados en el Régimen de Garantías de Salud.

Hizo presente que la aplicación del sistema de garantías implica uno de los cambios más trascendentes desde el punto de vista del paciente, quien tendrá el derecho de exigir su cumplimiento integral en materia de salud. En razón de lo anterior, es dable destacar el avance que ello implica, ya que las prioridades de salud están dadas sobre la base de un análisis exhaustivo de vulnerabilidad, de la carga de enfermedades, de las tasas, de las prevalencias e incidencias, incorporando una serie de componentes técnicos para la toma de decisiones que ha permitido determinar 56 problemas de salud que se garantizan.

Esta explicitación de derechos tiene importancia, en razón de que se trata de derechos que son positivos por su propia naturaleza, ya que tienen relación con los bienes de salud pública y de sus prestaciones, así como también con las atenciones de salud, es decir, con las atenciones en el ámbito de la prevención, de la promoción, de la rehabilitación y de la curación.

Sobre la materia, informó respecto de un trabajo desarrollado por el Fondo Nacional de Salud y el Ministerio para poner en práctica el llamado plan piloto AUGE, que corresponde a la implementación de tres

garantías que están comprendidas dentro de las 56 patologías de salud. Dicho trabajo contó con la colaboración de expertos en cada uno de los problemas, como, por ejemplo, las cardiopatías congénitas, la insuficiencia renal crónica y los problemas de cánceres infantiles.

Dio a conocer que el programa piloto del AUGE se pondría en práctica a contar del mes de agosto del año en curso.

Sobre el plan de beneficios adicionales, señaló que los recursos que se invertirán responderán a necesidades sanitarias. Cuando un sector camina en esa dirección, está apostando a ser eficaz a partir de los problemas de salud que están identificados y también tenderá a ser más eficiente. Es decir, toda la lógica de su construcción está en la dirección de que los recursos serán invertidos en función de satisfacer necesidades de la población, con los consiguientes esfuerzos de reconversión e innovación.

Además, estimó que existen pruebas evidentes de que, cuando ha existido necesidad de realizar una transición, de alguna manera el financiamiento ha tenido que seguir a las necesidades, y no al revés, como sucede en los países desarrollados, en que existe una consolidación del sistema como tal y, de alguna manera, ya se produjo el equilibrio y el cierre de las brechas. En este sentido, el esfuerzo realizado por la autoridad sanitaria ha sido incorporar criterios de asignación de recursos en función de la actividad. Esta, a su vez, se ha calculado en función de costos promedios, para romper la lógica de los presupuestos históricos lo cual ha permitido avanzar en la dirección correcta para hacer viable esta reforma.

En este mismo sentido, lo aprobado por el Parlamento en materia de prestaciones valoradas, donde existen recursos por 339 mil millones de pesos, estando identificados los costos promedios y la facultad otorgada al Fonasa para comprar prestaciones al sector privado cuando no exista la posibilidad de otorgarlas en el sector público, da cuenta de que, efectivamente, al sector público de salud se le permite satisfacer estos requerimientos. Ejemplo de ello son los trasplantes hepáticos, en que, dada la característica de la oferta, existe prácticamente un monopolio. Paradójicamente el Fonasa ha negociado con la clínica Las Condes y ha podido hacer una intermediación de compra de 36 trasplantes que se están efectuando actualmente, con una rentabilidad social muy alta para una población que no tenía acceso a estas prestaciones.

Consideró que lo anterior constituye un ejemplo de la forma de resolver problemas mediante la aplicación de una lógica distinta, más allá de lo que existe en mecanismos de asignación de recursos. Lograr este cambio implica aceptar determinadas condiciones. En este sentido, las prestaciones valoradas y la compra de servicios al sector privado han resultado eficientes son 16.144 millones de pesos los usados por la vía de intermediación de compras, sin considerar los de libre elección, que corresponden a 116 mil millones de pesos, que van directamente a los prestadores privados.

Por ello, destacó que no se puede abordar el tema con un razonamiento simplista, sino que es necesario considerar todos los elementos e identificar lo que se podría llamar el plan de beneficios adicionales de FONASA, por lo que se está tratando de que este conjunto de prestaciones sean ofrecidas a la población beneficiaria más allá de lo contemplado en el régimen de garantías. Pero, para ello, se deben introducir cambios en la gestión y en la eficiencia de la acción en los establecimientos públicos, sin dejar de lado reglas de financiamiento que otorguen sustentabilidad a los planes adicionales para que las patologías no incluidas en el plan AUGE no sólo se sigan otorgando, sino que haya una intensa labor destinada a aumentarlas.

Por otra parte, en relación con la cotización de los independientes, expresó que el cálculo realizado al cruzar la base de datos del año 1999, se efectuó en función del ingreso mínimo de ese momento, que era de 110

mil pesos y la caracterización se realizó respecto del número de personas que tenía la encuesta CASEN del mismo año. Posteriormente, al corroborar la información con datos de la declaración de impuesto a la renta del año 2000, en términos generales, se obtuvo un número de 24 mil personas a las cuales se deben sumar las cargas. Si se piensa que, en promedio, estas son 3 personas, podría concluirse que se está ante un universo de 60 mil personas que declararon impuesto ese año y que estaban por encima del salario mínimo.

En todo caso, consideró que se debe realizar una discusión respecto de cómo se puede modificar la calificación de derechos para la certificación de indigencia en salud, que es una atribución del Fonasa proponerla y de los Ministerios de Salud y de Hacienda disponerla. Pero, claramente, las potestades que tiene el Fondo Nacional de Salud para calificar la indigencia son prácticamente nulas, puesto que la calificación la realizan los municipios y se efectúa sin la ficha CAS, con criterios muy febles, que no han sido modificados en muchos años y que, además, no dicen relación con ningún elemento positivo.

Sobre el plan de beneficios adicionales, expresó que los recursos que se invertirán responderán a necesidades sanitarias. Cuando el sector camina en esa dirección en la seguridad de ser eficaz, a partir de los problemas de salud que están identificados, también tenderá a ser más eficiente. Es decir, toda la lógica de construcción está en la dirección de que los recursos serán invertidos en función de satisfacer necesidades de la población, con los consiguientes esfuerzos de reconversión e innovación.

IV. 3. EXPOSICIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.

El señor José Pablo Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que la Comisión de Salud, en un informe emitido sobre el derecho de acceso a los sistemas de salud, en especial sobre el de Isapres, concluyó que existían una serie de falencias en el sistema, entre las cuales se destacaron los problemas de cobertura, de transparencia y de discriminación. Asimismo, recuerda que, entre las recomendaciones que se hicieron, estaba la de incorporar para todos los afiliados un conjunto de beneficios estándares exigibles para todas las Isapres.

El proyecto sobre AUGE apunta exactamente en esa dirección, por cuanto otorga la misma protección, no sólo a los afiliados a las Isapres, sino que a cualquier otro chileno afiliado al Fondo Nacional de Salud. Complementariamente a ese conjunto de beneficios, se logra transparencia, ya que las personas sabrán cuál es su cobertura sin mayores inconvenientes.

El hecho de ser exigible que el AUGE contemple determinadas prestaciones que serán ofrecidas a todos los afiliados a un mismo precio, al establecerse el Fondo de Compensación Solidario, elimina el problema de la discriminación, superando con ello uno de los inconveniente más graves del sistema.

Finalmente destacó que, respecto de la aplicación del fondo de compensación por beneficiario y no por cotizante que se realizó a propósito de la aplicación del per cápita para la atención primaria, la respuesta sigue siendo la misma, porque, en definitiva, es más neutro y justo aplicar un sistema por beneficiario persona que por cotizante y existen estudios que así lo demuestran.

IV. 4. EXPOSICIÓN DEL SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISIÓN DE REFORMA DE LA SALUD, DOCTOR HERNÁN SANDOVAL.

El doctor Hernán Sandoval (Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud) expresó que la progresión del sistema AUGE será definida por el Consejo Consultivo y estima que es difícil hacer anticipadamente un pronóstico sobre cómo se efectuará. En todo caso, hizo presente que se está frente a un plan incremental y que con el tiempo, obviamente,

crecerá. Sin embargo, señaló que es evidente que, si se contase con las bases de datos suficientes y con toda la información nacional para hacer proyecciones, seguramente se podría tener mayor certeza en cuanto a predecir sobre cuál podría ser la evolución en lo futuro.

Por otra parte, informó que las patologías que están incluidas en el AUGE representan el 51 por ciento de los egresos hospitalarios. Si se logra influir, en la atención primaria, en aquellas patologías que, si son bien atendidas en ese nivel, el paciente no debería llegar al hospital, como sucede en los casos de insuficiencia respiratoria aguda (IRA), lo que debería suceder es que se liberen recursos para atender las otras enfermedades no consideradas, con evidente beneficio para la comunidad.

En relación con el temor expresado en cuanto a que podría resultar más rentable atender las patologías del AUGE podría ser infundado, las normas propuestas pueden ser perfeccionadas si existe una proposición en ese sentido para disipar ese temor.

Sobre la inclusión de la fibrosis quística en el AUGE expresó que actualmente esa enfermedad, que afecta a pocas personas, cuenta para su atención con recursos del orden de los 700 millones de pesos al año para satisfacer los requerimientos de medicamentos para su tratamiento. No obstante que esta enfermedad afecta a un universo muy pequeño de personas, se tiene que tener en consideración que la mayor parte de los enfermos muere antes de los 15 años de edad. Si se piensa que la esperanza de vida de la población es de 73 años, el que muere a los 15 años está perdiendo 58 años. En consecuencia, los años de vida potencial perdidos para ese grupo de niños es extremadamente alto.

Se ha pensado en apoyar el tratamiento de esta patología en el entendimiento de que se está garantizando la posibilidad de aumentar las esperanzas de vida y de que aparezcan otras medicinas que permitan la sobrevivencia por mucho más tiempo.

Hizo presente que el desafío que plantea la reforma de salud es que la sociedad chilena pueda enfrentar el gasto en salud asociando el impacto sanitario con el uso racional de recursos, sin que ello implique un gran impacto en el presupuesto nacional, de manera tal que no ocurra lo que pasa en los Estados Unidos de Norteamérica, que destina el 14 por ciento de su Producto Interno Bruto, sin que ello se refleje en sus índices de atención de salud.

Terminó destacando el hecho de que la esperanza de vida de un campesino chileno con bajo nivel de instrucción es de 65 años de edad y la esperanza de vida de un campesino afroamericano de Luisiana es de 60 años, por lo que es posible concluir que estamos mejor, ya que se han sabido colocar los recursos de salud en las áreas de mayor impacto y, precisamente es eso lo que se propone como ruptura de un paradigma, ya que el país no está condenado indefectiblemente a seguir aumentando el gasto en salud para tener mejores resultados, sino que la ruptura de ese dogma.

IV. 5. EXPOSICIÓN EN REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD DEL DOCTOR CARLOS MONTOYA.

El doctor Carlos Montoya (de la Sociedad Chilena de Salubridad) puntualizó que su intervención no tiene por objeto plantear argumentos en contra o a favor de la reforma de la salud. La Sociedad ha realizado largas jornadas de análisis para tratar de interpretar o de comprender cuáles son los temas principales de la reforma que propone el Ejecutivo.

Agregó que, a pesar de ello, no puede dejar de plantear que, a su juicio, el diagnóstico está errado y que ahí surgen una serie de problemas.

Para ilustrar esta situación, destacó que el mensaje señala textualmente “A partir de 1981, el sistema de salud y la cultura sanitaria se debilitaron. Ello obedeció, por una parte, a su fragmentación, resultado del traspaso de la atención primaria a los municipios; y, por otra, a su segmentación, producto de la creación de las Isapres”. La Sociedad, comparte este diagnóstico, así como los principios que se explicitan en el mensaje, como equidad, solidaridad.

Destacó que los problemas reales que existen son; falta de financiamiento solidario, que deriva precisamente de la creación de las Isapres; la municipalización; un cierto grado de anarquía en la formación y acreditación, el debilitamiento de la tuición ética sobre los profesionales y que los directivos del sistema siguen siendo personas de confianza y no directivos elegidos por concursos.

Uno de los problemas sustantivos existentes es la incorporación de los establecimientos o prestadores del sistema público a un mercado de relaciones de compra y venta de servicios.

Expresó que es muy difícil separar los distintos proyectos de ley, ya que ellos forman un todo que debe analizarse globalmente. Por ejemplo, si bien existe un proyecto que modifica la ley de Isapres, las modificaciones más importantes están contenidas en la iniciativa que establece el régimen de garantías en salud.

Agregó que el mecanismo principal para incorporar a las prestaciones y a los prestadores a un mercado de relaciones de compra y venta de servicios es la asignación de recursos según producción de prestaciones valoradas en lugar de presupuestos globales. Los riesgos de las prestaciones valoradas están en términos de costos y de calidad.

Otro aspecto que facilita la creación del mercado de prestadores es la homogeneización de los prestadores públicos y privados. El proyecto que modifica el decreto ley N° 2.763, en su mensaje dice que “la red asistencial de cada Servicio de Salud incorpora a los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud”. Existe, por tanto, una homogeneización y este mismo término está dicho en un artículo de este proyecto.

Otro mecanismo es el paso de la autonomía de los grandes hospitales, los que se denominarán “Programa de Prestaciones Valoradas Auge, PPV Auge”. Esta autonomía llega, según antecedentes de que dispone, incluso hasta las unidades clínicas o servicios.

Asimismo, se usa el mecanismo, que constituye el núcleo del proyecto Auge, con la creación de una lista explícita de patologías con las correspondientes prestaciones valoradas que tendrán garantías de oportunidad, calidad y protección financiera “en el marco de los recursos disponibles”. De ello se deduce que las demás patologías e intervenciones no tendrán garantías similares.

Otro mecanismo que contribuye a la transformación del sistema de prestaciones en el mercado son los cambios laborales expresados, por ejemplo, en las facultades extraordinarias de los directores de servicios y de establecimientos hospitalarios en materia de personal para otorgar bonos de desempeño, para mayor flexibilidad en el manejo de determinadas materias y para comisiones de servicios indefinidas. Se menciona, incluso el incentivo económico a los directivos que se conformen con los cambios, es decir, que faciliten la transformación de los hospitales.

La observación que surge de lo anterior es que se niega o no se hace uso de la naturaleza propia del Estado con sus ventajas. Esto es, existe un sistema privado con todo su bagaje y se tiene un Estado. Ambos son diferentes y cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, de manera que en este caso, ya que se está transformando la situación de los prestadores públicos,

no se está haciendo uso de la naturaleza propia del Estado con sus diversas ventajas, y una de ellas es la ventaja de costo.

Las prestaciones valoradas, que es uno de los mecanismos mencionados, elevan los costos del sistema público y eso es claro. El sistema público, tradicionalmente, paga los factores de producción: Es decir, siendo el Ministerio de Salud o el Estado el dueño de los hospitales, lo tradicional es que se paguen sueldos e insumos, esto es, factores de producción. En cambio, las prestaciones valoradas pagan un producto, algo que sale del sistema como en pequeños paquetes. Estas son las diversas prestaciones del Auge, y no sólo esas, sino que también el sistema se expandirá lo más que se pueda.

En relación con el tema de los seguros, se define, finalmente, -culminando con ello un proceso de transformación gradual-, al Fonasa como un seguro y establece su incorporación definitiva al mercado de seguros. Esto implica, su separación definitiva del Ministerio de Salud, la restricción de beneficios en términos de las leyes que deben seguir los seguros y el alza de costos.

Planteó que la alternativa es la que viene tradicionalmente del Servicio Nacional de Salud, que es la de un sistema y no la de un seguro. Acota que suele confundirse seguro con seguridad social. Nuestro sistema es uno de seguridad social, pero el Fondo Nacional de Salud no ha sido legalmente un sistema de seguro. Con las modificaciones legales, en tramitación ello se estaría consagrando así.

Para paliar estas consecuencias, se crea una nueva entidad, la Superintendencia del Régimen de Garantías, con atribuciones de supervisar y fiscalizar a Fonasa, que es una institución que ya tiene una serie de atribuciones en el sentido de ser una entidad fiscalizadora.

El cuanto al tema en torno al cual se articula la propuesta del Ejecutivo, es la desarticulación del sistema público y el debilitamiento del Ministerio de Salud.

Sobre el particular, señala que los principios y mecanismos propuestos son los siguientes:

- Fragmentación del financiamiento. Se crea un fondo de compensación, un fondo maternal, un subsidio a beneficiarias del subsidio maternal que tengan un salario inferior a \$400.000 mensuales, un fondo para pagar el Auge de los indigentes, y también se plantea un financiamiento separado para las acciones de prevención y promoción.

- Fragmentación de las actividades: Se separa "salud pública" de las atenciones a las personas. Aquí existe una desviación con respecto al concepto de salud pública que siempre se ha usado. La salud pública es el conjunto de esfuerzos de una sociedad para mejorar la salud, para prolongar la vida, etc. No es lo mismo, que considerar que salud pública es sólo prevención y promoción o parte de ella, concepto que se emplea en los proyectos.

- Fragmentación de la población beneficiaria: Se individualiza al grupo indigente, cosa que actualmente no se hace. Se deberá probar que se es pobre, lo que atenta en contra de la dignidad de las personas.

- Desarticulación administrativa. Ello se refleja claramente, por ejemplo, en que existirá una subsecretaría que se hará cargo de "Salud Pública". Se crean dos subsecretarías y una Superintendencia del Régimen de Garantías, con lo cual se les restan facultades al Ministro de Salud, ya que la Superintendencia podrá hacerse cargo de los reclamos y se le otorgan facultades que podrían llegar a constituir una violación de la confidencialidad y de la privacidad.

- Autonomía creciente de FONASA y del Instituto de Salud Pública.

- Acumulación de funciones de las Secretarías Regionales Ministeriales, con la nueva figura de la "Autoridad Sanitaria".

Todas estas modificaciones, especialmente con el fortalecimiento de las Seremis, producen una reducción de funciones y de autoridad del Ministerio y de los Servicios de Salud. Sin dejar de tener presente que se puede delegar en terceros la fiscalización, sin especificar en qué terceros.

Además, se crea un entorno de excepciones posibles en la nueva legislación, basadas en las cláusulas: "sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen Auge", el cual no está suficientemente definido.

Estos cambios hacen necesario redoblar la fiscalización, aumentando la burocracia, ya que se crea la Superintendencia de Garantías que ejercerá supervisión sobre FONASA, las Secretarías Regional Ministeriales de Salud, sobre las Direcciones de Servicios de Salud.

Además, dentro del tema de la desarticulación, se mantiene la municipalización, al no aprovechar la oportunidad para reintegrar la propiedad y administración de los consultorios y postas a los Servicios de Salud, así fuera de manera gradual. Sin embargo, se menciona el problema y no se definen las funciones propias de los municipios en salud. Aclaró que no pretende que la reintegración del sistema público sea total, brusca o violenta, sino que ella debe ser evaluada caso por caso y en aquellas comunas donde no funcione devolver los consultorios a los Servicios de Salud correspondientes.

Todo lo anterior, relacionado con la desarticulación del sistema público se fundamenta en el "principio de separación de funciones", principio que constituye un axioma más que un principio propiamente tal.

Otro factor distinto e importante dice relación con el mejoramiento de la gestión. El mensaje del proyecto Auge contiene una importante crítica a la gestión del sector público y en parte a la del sector privado. Pero no se incluyen medidas concretas para su mejoramiento, tales como concurso público para llenar cargos directivos, con recursos y evaluación periódica, y aplicación de técnicas administrativas eficaces.

Se dispone que los directores de los Servicios de Salud serán de confianza del Presidente.

En relación con el financiamiento, señala que, después de analizar los proyectos, la Sociedad Chilena de Salubridad ha concluido que ha sido estudiado en forma insuficiente y, además, la solidaridad que propone es apenas marginal, ya que como máximo representa el cinco por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud. La contribución por beneficiario desde Isapre al Fondo de Compensación es igual a la que hará Fonasa. No se ha considerado una propuesta efectivamente solidaria, mucho más clara y eficiente, como la formulada en su momento por el Colegio Médico y que se basa en el traspaso gradual de las cotizaciones de Isapre al sistema público.

Destacó que subsiste el problema del financiamiento, ya que el artículo 6° del proyecto, repite la advertencia: "dentro de los recursos disponibles". La incorporación de los independientes constituye un avance, pero entre ellos no se incluye a todas las personas no asalariadas y con ingresos declarados al Servicios de Impuestos Internos, sino sólo a aquellas que perciben honorarios. En todo caso, cree que este tema requiere ser aclarado. Añadió que, dentro del financiamiento, no se considera el costo de las reestructuraciones y nuevos organismos propuestos. Un cambio de la magnitud del propuesto que conlleva transferencias de personal y de funciones tiene un costo considerable, que requiere recursos y tiempo.

Finalmente, señaló que la cotización del 7 por ciento, al ser obligatoria, es por definición un aporte a un sistema de seguridad social en salud. A pesar de eso, desde los años 80, existe una desigualdad en que el 7 por ciento más alto se destina a las cuentas individuales de los beneficiarios de las Isapres y el 7 por ciento más bajo es para los beneficiarios del sector público, lo cual indica que existen diferencias considerables en cuanto al dinero per cápita de que se dispone; alrededor de 500 dólares para los afiliados del sector privado y más o menos 200 dólares per cápita para los del sector público, y eso que los últimos, además, reciben un aporte fiscal si no, la diferencia sería mucho mayor.

IV. 6. EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD, DOCTOR MARIANO REQUENA.

El doctor Mariano Requena (de la Sociedad Chilena de Salubridad) expresó que, la pregunta básica que se ha hecho, a propósito de la reforma de salud, es tratar de predecir en el mediano plazo que va a pasar con la atención médica de este país aplicando el Auge y el Régimen de Garantías en Salud. Lo que se hizo correspondió a un ejercicio de políticas de salud más que de salud pública concreta. En ese sentido es que le preocupa la situación mundial sobre la cual no se referirá sino que sólo hará presente que está suficientemente demostrado que la evolución del estado de bienestar cada vez se achica más como, producto de la evolución de la política de mercado y de las políticas económicas que se están aplicando.

Destacó que se puede comprobar que existe una relación estricta entre la base económica social sobre el sistema de salud. En este sentido se pueden tipificar los países de acuerdo con esta realidad, la que se da mucho más allá de las voluntades, ya que se acepta que es condicionante tan fuerte que necesariamente tiene que ser tomada en cuenta. Por tanto, para hacer una reforma se debería contar con un buen diagnóstico y eso no lo ha visto en el caso chileno. El diagnóstico debe estar referido a las fallas que tiene nuestro sistema y acotarlo, y no dice relación con el perfil epidemiológico ni médico.

Específicamente, en el caso chileno cree que existe falta de equidad. Hay una clara fragmentación de los niveles de integración, ya que mientras esté separada la atención primaria de la secundaria y terciaria existirá duplicación de acciones. En cuanto al financiamiento, existe una gran desigualdad, que se refleja en el per cápita de cada sector; 500 dólares para el privado y 200 para el público. El Estado realiza un muy bajo aporte. Esto se reafirma con una declaración del Director del Fonasa que señala que el 56 por ciento del aporte para salud es costado por los propios usuarios entre copagos y gastos de farmacia.

De manera que es legítimo preguntarse por qué sucede eso y qué es lo queremos en realidad. El sector privado sigue con el 7 por ciento fijo de cotización. Es partidario de liberarlo, ya que, si quiere que las Isapres compitan y ofrezcan mejores productos al menor precio posible, como es el fundamento de las Instituciones de Salud, no se justifica que exista una cotización rígida. El hecho de que la cotización sea fija a lo único que ayuda es a facilitar el *descreme* que les permite liberarse de todos los asegurados que representan un gasto muy alto.

Manifestó que la actual proposición lo único que pretende es que se vaya a un multiseguro del cual su mejor representante, los Estados Unidos de Norteamérica, está huyendo, ya que tiene más de 15.000 Isapres y cae dentro de la filosofía del libre mercado, en que cada uno se asegura de acuerdo con su capacidad, con su mérito, como lo expresan los más ortodoxos en materia económica. El problema que tienen ellos es muy serio, ya que han aumentado los costos, por la gran competencia que existe entre las entidades aseguradoras. Estados Unidos está gastando más de 6.000 dólares per cápita, 15 ó 16 por ciento del producto, en salud.

En razón de lo anterior, que le preocupa que a través del Auge, se puedan analizar las perspectivas de nuestro sistema de salud. Enfatizó que la reforma en curso del sistema de cuidado de la salud se ha constituido en un reforzamiento de la privatización que se ha vivido en los últimos 20 años.

Agregó que, cuando se habla de privatización, se habla de la desregulación, del individualismo como factor y principio básico de este sistema, y de la descentralización. Esa son las tres bases sobre las cuales se construye esta filosofía de libre mercado neoliberal.

Opinó que, si se analizan los artículos 13 y 14 del proyecto se puede constatar que el régimen de garantías en salud consiste en 56 patologías. Pero ¿qué pasa con el resto?, ¿Se van a atender cuando haya cupo o disponibilidad?. Se agrega, inmediatamente, que las Isapres van a tener planes especiales. Es decir, en el fondo, nosotros tenemos un sistema en el cual se exige que tanto el sector público como el privado presten con la prontitud y protección financiera determinada la atención. Reconoció, sí, que no tiene antecedentes sobre el porcentaje de las consultas totales que representan estas 56 patologías.

En su opinión, existe una balanza que va a tender a los múltiples y a transformar al Fonasa en otro seguro más y competitivo, ya que tendrá la característica de ofrecer lo mismo que los privados con el mismo porcentaje de cotización, con lo cual será muy fácil cambiar de uno a otro. Entonces, la situación económica jugará un papel preponderante. Estima que se está creando una canasta básica, propia de los seguros privados.

Este hecho preocupa, por cuanto se está creando, además de los seguros privados, uno público, en que los afiliados se desplazarán de uno a otro seguro de acuerdo con la situación económica del país, ya que el Fonasa quedará en la misma situación de los privados. Con ello, definitivamente, piensa que se está creando el sistema de multiseuros que compiten entre ellos, con las consiguientes consecuencias.

Por último, expresó su preocupación por la decisión adoptada por el Ejecutivo respecto de la reforma de salud, por cuanto se está cambiando un sistema que en los próximos días cumplirá 50 años. Se demoró 10 años en elaborar la política de salud que fue presentada como un todo, al contrario de esta reforma que aparentemente es global, pero de la cual sólo se conoce una parte, por lo que no es posible emitir una opinión global sobre el tema.

IV. 7. EXPOSICIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA SOCIAL DEL INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO, SEÑOR RODRIGO CASTRO.

El señor Rodrigo Castro (Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo) inició su exposición mostrando los avances que ha tenido nuestro país en indicadores de salud en los últimos 20 años.

Sobre el tema, destacó que ellos presentan, en cifras promedios, indicadores muy buenos, pero que existen brechas apreciables de equidad, especialmente en lo que dice relación con las tasas de mortalidad y nivel de escolaridad, en que se puede constatar que existen importantes diferencias, especialmente de determinadas patologías. Asimismo, se puede comprobar esta brecha en el ámbito geográfico.

En consideración a esos datos, destacó que el sector presenta importantes deficiencias en cuanto a gestión. La fuente en la materia es el estudio de Rodríguez y Tokman sobre productividad en salud, que es conocido por la Comisión. De ese estudio se puede concluir que ha existido una caída importante en la productividad, en donde el gasto casi se ha triplicado, lo que indica que la focalización de la reforma debe estar en el sistema público, en donde existen las mayores caídas en productividad.

Asimismo, en lo que dice relación con las listas de espera, se puede constatar que existen alrededor de 18 mil pacientes con una espera de 50 semanas en promedio. Se destaca el hospital El Salvador, por tener la mayor cantidad de semanas con más de 2.000 pacientes.

En relación con el proyecto Auge propiamente tal, señaló que su interés es informar a la Comisión en materia de salud en cuanto al producto, precio y financiamiento.

Respecto del producto que se establece en el proyecto de ley, cree positivo que exista una regulación de beneficios mínimos obligatorios, complementado con un régimen de garantías Auge, la cobertura financiera del Fonasa de libre elección y del plan complementario. Sin embargo, cree que este plan complementario debe ser convenido libremente por las partes, eliminándose regulaciones que se detallan en el proyecto, tales como el límite inferior de cobertura del inciso primero del artículo 33 y el establecimiento de un arancel único.

Asimismo, respecto a la regulación de los beneficios mínimos obligatorios, estimó que, en cierta medida, se confunde a los afiliados, ya que podrían terminar coexistiendo tres aranceles en los planes, a saber: Auge, Fonasa de libre elección y el que sea determinado por la Superintendencia de Isapres.

Además, la obligación de los seguros de otorgar las prestaciones de salud pública la consideró correcta, pero el proyecto de ley no establece el financiamiento, por ejemplo, de las vacunas o del plan de leche.

En lo que respecta al precio que se presenta en la iniciativa para el régimen de Auge, opinó que es negativo que se fije en un valor no superior a la prima universal, toda vez que la competencia que se ha dado en el sector privado regula precios en alguna medida, y dado que esa fijación de precio a un producto o parte de él corresponde a un estándar que es muy fácil de comparar por los afiliados. Adicionalmente, el hecho de fijar un precio a un producto otorga un poder discrecional a la autoridad, sin que se contemplen instancias de apelación ni organismos técnicos que arbitren niveles mínimos de rentabilidad que se deban cumplir. En su opinión, se podría plantear como inconstitucional esta proposición de fijar el precio en estas condiciones, sobre todo si se tiene en cuenta que en el caso de monopolios naturales, como el sector sanitario o el eléctrico donde existe una regulación clara en el sentido de que se establecen mínimos de rentabilidad y hay una institucionalidad de organismos técnicos que arbitren.

También en materia de precios, la nivelación de precios por sexo y edad la considera factible si solo el costo del régimen es el único sujeto a compensación y no el resto del plan que se propone y solo si se separa el precio del régimen de los precios del contrato ya sea que se trate de Fonasa de libre elección o del plan complementario o de ambos conjuntamente. Además, sería factible si el precio que representa el costo de los subsidios por incapacidad laboral es expresado en porcentajes de la remuneración imponible. Cree que cualquier nivelación de este precio entre afiliados produce una distribución regresiva de rentas bajas a rentas altas.

En cuanto a la proposición sobre vigencia del contrato y adecuaciones de precios y beneficios cada tres años, consideró que debe ser analizada con cautela, sobre todo si se tiene en cuenta el alza permanente del costo real de salud que es del orden del 6 por ciento. No se ha podido mitigar o evitar esa alza, por lo que establecer las adecuaciones de precio cada tres años puede resultar en una sobreestimación de costos y perjudicar a los beneficiarios del sistema. Es decir, cuando las Isapres estén evaluando sus costos, es posible que se efectúe una sobrevaloración. Además, se puede producir una limitación de la capacidad del sector privado asegurador de aumentar sus precios de acuerdo con incrementos de costos, lo cual puede causar insolvencias del mismo.

Asimismo, estimó que debería subsistir la posibilidad de que el desahucio del contrato por parte de los afiliados y las adecuaciones de precio por parte del sector asegurador se hagan cada uno, dos o tres años, ya que con ello se otorgaría mayor flexibilidad y viabilidad de largo plazo. En todo caso, siempre debería existir la posibilidad de adecuar los precios cuando se modifique el régimen o cualquier arancel que afecte al contrato.

En lo relacionado con las garantías, específicamente con el control de las mismas, señaló que falta diseñar un mecanismo expedito que permita realmente exigir los derechos en el sistema público. De la lectura del proyecto, no se aprecia ningún mecanismo que resuelva este problema. También cree que el mecanismo de reclamo que se establece es burocrático y no resolvería la exigencia de los derechos.

Hizo presente su coincidencia con los expertos sobre los efectos negativos que podría ocasionar la fiscalización dual, ya que ello podría producir dos estándares diferentes de exigencias al existir dos Superintendencias. Debería existir un solo superintendente con autoridad de árbitro arbitrador independiente del Gobierno, y designado con acuerdo del Senado y que no pudiera ser removido de su cargo hasta el término de su mandato.

En materia de control de garantías, en cuanto a la definición y actualización del régimen, la institucionalidad del Consejo Consultivo debería ser una instancia técnica independiente que resista las presiones de los grupos de interés, por lo que la composición del mismo adquiere relevancia y es fundamental.

En términos de financiamiento, se establece que sólo existirá compensación en el régimen y no en el complemento, con lo cual se pueden generar distorsiones en un esquema de Régimen Auge creciente cada tres años. Asimismo, no está contemplado un esquema de financiamiento en caso de que exista déficit del Fondo, así como tampoco se contempla la forma de financiar el déficit de los cotizantes.

Por lo anterior, estimó necesario que se establezca la portabilidad de los subsidios, por lo menos, en una primera etapa de aplicación del régimen, lo que permitiría mayor competencia y mayor bienestar para los usuarios.

Sobre la nivelación de precios por sexo y edad, está planteada por beneficiario y castiga fuertemente a los grupos familiares con más hijos, ya que tendrán que compensar especialmente a los adultos mayores tantas veces como hijos existan en el grupo familiar. Acota que del estudio de tablas de riesgo relativo por sexo y edad, se puede concluir que el que más aporta al fondo es el grupo entre 2 y 17 años de edad, por lo que se podría pensar que este grupo no debería estar dentro del plan Auge, para no apoyar una cierta discriminación a grupos de familias con una mayor cantidad de hijos.

En relación con el Fondo Solidario Maternal, no se modifica ni rebaja la cotización de salud del 7 por ciento establecida en el artículo 92 de decreto ley N° 3.500, que establece un nuevo sistema de pensiones, sino que se fija en el 7,6 por ciento. Consideró inconveniente eliminar el subsidio del Estado al financiamiento de la licencia maternal reemplazándolo por una nueva cotización previsional o impuesto de cargo de los trabajadores. Asimismo, estimó que el subsidio es necesario para hacer compatible la maternidad con el trabajo de la mujer.

Respecto de la cotización de los independientes, existen, en su opinión, dos problemas. El primero es si el independiente debe pagar y no recibir devolución de impuesto. La Tesorería no sería un ente recaudador únicamente y cumpliría dicha función sólo en el caso de que exista devolución de impuestos. El segundo dice relación con el hecho de que la obligatoriedad no alcanza a las rentas provenientes del capital, es decir, del global complementario y se mantiene con ello una discriminación.

Sobre la individualización obligatoria de prestadores del sector privado, estimó que hace imposible el procedimiento de libre elección, por lo que cree que se debería considerar la posibilidad de otorgar la libertad para ofrecer en los contratos de salud la posibilidad de un número limitado y cerrado de prestadores, como también prestadores preferentes, libre elección de prestadores y la combinación de estas opciones.

Con relación a la integración público-privada, expresó que debería consultarse la posibilidad de que el sector asegurador privado de salud pueda comprar prestaciones al sistema público. Asimismo, cree que se deberían eliminar las barreras que tiene Fonasa para comprar servicios al sistema privado.

Finalmente, hizo presente que existe un riesgo importante en aprobar una ley que no dé solución a los problemas de salud de la población. Algunos especialistas opinan que para aplicar el Plan Auge no se requiere de ley, estimando que igualmente se debe hacer un diseño de reforma que no implique un riesgo político y social de largo plazo, ya que se crearía una expectativa que no se cumpliría.

IV. 8. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.

El doctor Juan Luis Castro (Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.) señaló que el plan Auge debe dar garantías explícitas y concordantes con los nuevos desafíos del país; pero esto no puede significar detrimentos del resto de las atenciones ni de las acciones de salud pública. El régimen de garantías sólo se relaciona con 56 patologías, dejando sin garantías a cientos de otras.

Agregó que existe la necesidad de introducir modificaciones en los proyectos para asegurar el derecho al acceso general a la salud y no sólo a las patologías definidas. Cree que para que las garantías sean un *plus* en el sector público, se debiera asegurar un adecuado financiamiento para el resto de las prestaciones. Debería contar con un plan de inversiones en infraestructura y de personal para asegurar la realización de actividades al interior del sistema público.

Asimismo, consideró que las patologías Auge suponen un financiamiento adecuado y la existencia de incentivos para su realización; pero que para las patologías no Auge, en su mayoría, no existe claridad respecto al financiamiento.

Destacó que hoy están subvaloradas y si no se incrementan los recursos para ello, sufrirán un grave desplazamiento respecto a las que sí se encuentran financiadas. Estimó que, para un directivo de un establecimiento hospitalario, la elección resulta obvia entre las 56 patologías Auge, ya que las no consideradas no sólo significan gasto, sino que ni existe la posibilidad de recuperar los costos, tal como sucede en la actualidad, lo que implica, en términos prácticos, la desprotección para las personas respecto de las patologías no Auge.

Sobre las patologías consideradas en el plan Auge, señaló que existen deficiencias que deberían ser abordadas. Así es como en la insuficiencia renal crónica se considera el pago de las diálisis y del trasplante, pero no se dice nada respecto de los tratamientos previos a la declaración de la enfermedad.

En el caso de la sordera, que está en el Auge, no se establece el financiamiento de las intervenciones de tímpanos de los niños que permitirían evitarla.

Respecto de la depresión, se establece que beneficiará a las mujeres de 20 a 44 años, es decir, a 2.940.284 personas. La población en riesgo, considerando grupos etáricos y sexo, es de 11.097.680 personas mayores de 15 años, respecto de la cual no se contempla ninguna acción.

Tampoco se señala cuál será el destino de los establecimientos que no realizarán prestaciones Auge. Asimismo, no existe claridad respecto de la situación de los hospitales pequeños y de lugares apartados, que tenderán a hacer las prestaciones más caras y, obviamente, no poseen la implementación adecuada para ello.

Por otra parte, estimó que la segmentación sin garantías de ningún tipo a las patologías no incluidas en el plan Auge tiende a incrementar la falta de equidad, ya que sólo algunos tendrán acceso, como también la ineficiencia social, puesto que existirá un aumento de prestaciones de alto costo y de poca efectividad.

Asimismo, señaló que algunas de las patologías excluidas del plan Auge, como el cáncer pulmonar, insuficiencia hepática crónica, glaucoma, insuficiencia cardíaca crónica, cáncer de colon y recto, melanoma, violencia intrafamiliar, hiperkinesia en adolescentes, osteoporosis, climaterio – reemplazo hormonal, no están suficientemente justificadas, por lo que se debería reestudiar para que sean consideradas como patologías en el plan Auge, porque son enfermedades que afectan a gran parte de la población o, por lo menos, considerar la forma como serán atendidas por programas especiales.

Respecto de las patologías del plan Auge, señaló que de la revisión de las canastas surgen interrogantes que le preocupan, ya que existen omisiones. No se incluyen todos los componentes o no se consideran los técnicamente más adecuados.

Asimismo, cree que, al no considerarse todas las enfermedades en el plan, se han creado falsas expectativas en la población, por cuanto la publicidad no ha señalado las limitaciones existentes.

Por ejemplo, en el caso de la enfermedad isquémica e infarto al miocardio, no se contempla la trombolisis, procedimiento ampliamente utilizado y de alto impacto en la disminución de la mortalidad por infarto.

En relación con la fijación del precio de la canasta del plan Auge, expresó que para cada patología se estableció una canasta, que contiene los exámenes y los procedimientos que requeriría cada enfermedad, en base a lo cual se determina el precio para cada canasta. Cree que los costos del plan están por debajo de costos reales, debido a que se han considerado los precios históricos, que no incluyen los recursos humanos ni el mantenimiento y la reposición de equipos, ni menos de la infraestructura

Agregó que los mecanismos de asignación para determinar el volumen de recursos financieros en salud son Auge, Programa de Prestaciones Valoradas y costo real. Para las patologías no Auge, el financiamiento se determina mediante el per cápita y sobre la base del presupuesto histórico.

Respecto al Fondo de Compensación Solidario, expresó que lo valora como concepto central de esta reforma; sin embargo, cree presenta graves problemas. El primero de ellos dice relación con el hecho de que todas las personas aportan igual, ya que se fija una prima universal. Así es como el que cotiza el 7 por ciento de 110.000 pesos aportará más de la mitad de todos los recursos que cotiza en un año; en cambio, aquel que tiene un ingreso sobre el tope de 60 unidades de fomento e impone el promedio de cotización Isapre sólo destinará al fondo el 4 por ciento de su cotización anual.

En todo caso, reconoce que existe solidaridad de género y de edad, pero que ésta no existe desde el punto de vista de ingresos y que a diferencia del fondo maternal no es proporcional a los ingresos.

El segundo problema que contiene esta proposición es el que el Fondo constituido con la prima por cada beneficiario se devolverá a “los seguros” público y privado.

Hay claridad en que el sistema estatal va a seguir cubriendo el 70 por ciento, como eje del sistema prestador, y un sistema privado con un rol de complementariedad.

Sobre el régimen de garantías, cree que cabe preguntarse si se está frente a un plan de prestaciones o a uno de garantía? No es claro lo que se pretende definir. Por ello, cree que es necesario profundizar en clarificar los conceptos. El Colegio Médico apoya la existencia de garantías explícitas y que las personas sepan claramente cuánto les cubren, en qué tiempo de espera máximo será atendidas, cuáles son las responsabilidades y cómo pueden reclamar. Este planteamiento el Colegio Médico lo comparte y lo apoya.

Si es un plan de prestaciones en el cual existe un acotamiento, que podría, de algún modo, asimilarse a una suerte de “canasta básica” o plan mínimo de prestaciones para un conjunto de ciudadanos, eso le parece peligroso por la vía de la exclusión.

Agregó que el Instituto de Administración de la Salud de la Escuela de Economía de la Universidad de Chile emitió un informe que califica el Auge como una canasta básica de prestaciones.

Sobre la modalidad de libre elección, que permite a los beneficiarios del Fonasa adquirir un bono y atenderse con el profesional que deseen, se propone reemplazarla por una modalidad más bien capitada, ya que incorpora mecanismos de pago por paquetes para servicios específicos y, en palabras textuales del un documento emanado de la Comisión de Reforma de la Salud del Ministerio, señala “... Estudiar la posibilidad de eliminar gradualmente la opción intermitente de la Modalidad de Libre Elección, obligando a los beneficiarios a optar al principio de cada año...”

En otro orden de materias, expresó que para la relación con la complementación de la relación sistema público – privado, resulta poco adecuado considerar la posibilidad de que exista la integración vertical en el sistema privado prestador con el asegurador. Recordó que en el Informe emanado de la Comisión de Salud sobre el derecho de acceso a los sistemas de salud, una de sus conclusiones indicó claramente que se debía terminar con la integración vertical en el sector privado asegurador y prestador. Este tema, desgraciadamente, no ha sido asumido por los proyectos de ley relacionados con la reforma.

Finalmente, acotó que esta materia debería ser abordada, por cuanto existe una alta concentración de afiliados en tres Isapres que tienen más o menos dos tercios del mercado asegurador y muchas de ellas, además, son dueñas de una serie de clínicas y centros médicos.

IV. 9. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPALIZADA CONFUSAM, DOCTOR ESTEBAN MATURANA.

El doctor Esteban Maturana (Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada, Confusam) inició su intervención expresando, en primer lugar, que es absolutamente improcedente legislar sobre un régimen de garantías en salud, sobre un instrumento de gestión y sobre el sistema Auge, orientado a definir prioridades sanitarias. Cree que el sistema Auge propuesto por el Gobierno no es más que un conjunto de prioridades en materia de atención que obliga a los establecimientos públicos y privados a un tratamiento especial para un conjunto de 56 patologías de salud en una primera etapa.

Recordó que, en la historia de la salud pública de nuestro país, desde la creación misma del Servicio Nacional de Salud, se definieron prioridades sanitarias en orden a privilegiar la atención a los grupos materno-infantil y a los trabajadores, a la vez que para enfrentar el grave problema de las

enfermedades infectocontagiosas. A lo largo de décadas, en la programación del quehacer sanitario se han generado nuevas prioridades sobre la base de las exigencias que han surgido en el proceso salud-enfermedad. A modo de ejemplo reciente, el programa de insuficiencia respiratoria aguda, IRA, que tiene por objeto controlar las infecciones respiratorias agudas, ha permitido dedicar particular atención a una problemática causante de alta morbilidad y mortalidad en los grupos de población infantil y del adulto mayor, lográndose, en un período relativamente breve, disminuir las muertes de niños y adultos mayores por dicha causa.

Agregó que, una segunda consideración relevante es que el sistema Auge, de ser aprobado por el Parlamento, creará una nueva modalidad de discriminación en salud, que se sumará a las ya existentes por edad, por sexo y por nivel de ingresos económicos. La propuesta del Gobierno supone un financiamiento especial para las prestaciones del sistema Auge, hecho que se constituirá en un incentivo para que los administradores de centros asistenciales tiendan a privilegiar la atención a personas portadoras de problemas de salud contenidos en el plan Auge sometidos al Régimen de Garantías Explícitas, relegando al resto, a lo menos, a los problemas ya existentes como colas, listas de espera, escasez de insumos, etc. Como es de toda lógica, cualquier responsable de establecimiento optará por atender una enfermedad cuyos costos asistenciales serán pagados a costos reales y que no generarán ni la deuda, ni el déficit, de otras prestaciones que estén subvaloradas y que, sin lugar a dudas, generarán endeudamiento para el establecimiento.

Añadió que un tercer elemento por considerar a la hora de plantearse la propuesta de un Régimen de Garantías en Salud, en el cual se imponen condiciones más exigentes que las existentes en la actualidad respecto del acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, dice relación con la situación actual de desmedro del sector público tanto en el ámbito municipal como en el estatal.

Estimó que, sin las exigencias que impondrá el sistema Auge, y como es ampliamente conocido, el insuficiente aporte estatal a la atención primaria municipalizada, que implica un déficit mensual del orden de los 300.000 millones de pesos, sumado a la creciente deuda de los hospitales públicos, superior a los 500.000 millones de pesos, ha generado graves dificultades en la atención de salud actual. Bajo la modalidad del sistema Auge, cuyas condiciones de financiamiento insuficiente ya han sido públicamente señaladas, la situación del sector se hará francamente insostenible, debiendo sufrir las consecuencias de las expectativas insatisfechas, tanto de los propios usuarios como del personal que se desempeña, sobre todo, en los establecimientos públicos dependientes del SNS y en la administración municipal.

Destacó que otro aspecto por considerar dice relación con las expectativas que generará en los usuarios de los servicios de salud una propuesta que normará garantías de atención, garantías que se constituirán en derechos exigibles judicialmente y para las cuales no se crean las condiciones que posibiliten su concreción. La situación descrita permite prever que en el corto y mediano plazo el sistema público de salud se enfrentará a un número creciente de demandas que deberá responder ante los tribunales de justicia.

Agregó que un quinto punto necesario de ponderar es que la incapacidad del sector para satisfacer las garantías explícitas del Auge generará mayores insatisfacciones y conflictos en la relación con los usuarios, con el personal de los establecimientos asistenciales, con las consecuencias que son de prever.

Expresó que una sexta consideración es que, aunque en el mensaje del proyecto de ley el Ejecutivo explica su convicción en torno a la necesidad de fortalecer la prevención en salud, lo cierto es que el Auge apunta, en lo fundamental, a definir garantías explícitas para la atención curativa de

problemas de salud, problemas que en su mayoría son expresión del fracaso en la prevención.

Manifestó que no podía dejar de señalar la contradicción flagrante entre una propuesta que introduce la lógica del Plan Básico de Salud – AUGE, en opinión nuestra, en tanto contempla un número acotado de problemas de salud, con costos y prestaciones definidas, es un plan básico-, con la lógica de los principios de universalidad e integralidad que el Gobierno asumió cuando se suscribió el Acuerdo Marco Gobierno-CONGRES, el 19 de mayo del año en curso.

Sobre el proyecto de ley propiamente tal, destacó que en el Título I, Párrafo 1°, artículo 5°, que norma la exigibilidad legal de las garantías explícitas, es necesario profundizar en las implicancias legales futuras que tendrá dicho artículo, cuya positiva intencionalidad nadie podría discutir, pero que, al contrastarse con la desmedrada realidad sectorial, permite prever una andanada creciente de querrelas contra los establecimientos públicos de salud. Esta dinámica generará, a su vez, un incremento en los costos actuales por motivos ajenos a la esfera sanitaria.

Asimismo, estimó que en el párrafo 3°, artículo 9°, se define la composición del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud y su nombramiento por el Presidente de la República para un período de seis años. Le parece que dicho Consejo así constituido no puede ser considerado como el espacio en el que se realice la participación social en salud en los términos que se plantean en el mensaje. Una real participación obliga a considerar la integración en un cuerpo colegiado, con representantes tanto del mundo científico-técnico, como del gremial y de las organizaciones de usuarios de salud, cuya selección no debe quedar a la exclusiva decisión del Presidente de la República.

En el párrafo 5°, el artículo 14, tal cual está redactado, relega a un plano secundario todas aquellas prestaciones o beneficios complementarios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud para los beneficiarios del Fonasa. Lo mismo regirá para las Isapres, pero estas instituciones sí podrán incrementar sus precios. Para los efectos de evitar que se produzca discriminación por enfermedad, se deben contemplar mecanismos legales que resguarden el derecho a la atención de salud para usuarios no AUGE.

Respecto del Título II, que legisla sobre la Superintendencia de Garantías en Salud, estimó oportuno señalar sus aprensiones respecto de la creación de una nueva instancia de poder formal que operará sobre el sistema público, al margen del Ministerio de Salud, aumentándose de esta manera la maquinaria burocrática del Estado.

Sobre las indicaciones al régimen de garantías explícitas, señala que este texto introduce modificaciones orientadas a resolver sobre el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud. Para su análisis, le parece oportuno señalar que las apreciaciones de la CONFUSAM dicen relación con el Acuerdo Marco Gobierno-Congres, suscrito el 19 de mayo pasado, en el que se explicita que la equidad y la solidaridad son principios rectores de la Reforma Sanitaria.

Siendo así, le parece de todo punto de vista coherente con dichos principios generar un marco legal que obligue a los trabajadores independientes a cotizar para salud.

Consideró que no contribuye a la equidad, ni a la solidaridad el hecho de que el Estado realice un aporte fiscal para financiar el Régimen AUGE para indigentes y/o personas carentes de recursos, entendiéndose además que en este grupo -al que se suma una proporción importante de pobres no indigentes- se producirá con mayor intensidad el fenómeno discriminatorio AUGE - no AUGE. Los grupos de mayores ingresos podrán complementar sus planes de salud en el sector privado, al contrario de los grupos de bajos ingresos, quienes tendrán asegurado solamente el plan AUGE.

Sobre el Fondo de Compensación Solidario, cree que tampoco se adecua al marco de principios señalados previamente, por cuanto opera sobre la base de una prima universal de monto igual para cotizantes de Fonasa y de Isapres, definida únicamente para las prestaciones del Régimen de Garantías Explícitas y con traspasos financieros entre carteras insignificantes. Dicho Fondo de Compensación de riesgo financiero, no sanitario, coloca en una misma lógica la de los seguros de salud propiamente tales con objetivos lucrativos –Isapres-. Es decir, en la lógica del proyecto de ley en cuestión, Fonasa asume el rol de seguro público, en detrimento de su actual condición de fondo. A efectos de evitar que se produzca este hecho, su propuesta es la de construir fondos separados, uno para el sector público y otro para el sector privado.

Finalmente, en lo que al Fondo Maternal Solidario atañe, tiene la convicción de que implica un grave retroceso en la política actual de protección a la maternidad que ha caracterizado a Chile. Por ello, al margen de reconocer el carácter regresivo en el uso del subsidio maternal, desde una visión de género, la organización que preside considera inaceptable castigar a la mujer trabajadora durante su proceso maternal. Insta al Gobierno y al Congreso a la búsqueda de mecanismos que, sin alterar la actual política de protección a la maternidad, permitan compensar el carácter regresivo que actualmente exhibe el uso del subsidio maternal.

IV. 10. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD, CONFENATS, SEÑOR JORGE ARAYA.

El señor Jorge Araya (Presidente de la Confenats) expresó que, son partidarios de que se efectúe una reforma de salud, porque la situación actual así lo amerita y es necesario que se introduzcan cambios drásticos. Sin embargo, no compartió la proposición del Ejecutivo en orden a establecer determinadas garantías por estimar que éstas ya existen en el ordenamiento jurídico nacional y las atenciones son proporcionadas a todos los pacientes. El hecho de que existan problemas en cuanto a la oportunidad de la atención se debe a la falta de recursos y no a que los funcionarios no quieran atenderlos.

Hizo presente que existen problemas de infraestructura, falta de equipamiento y adquisición de nuevos equipos para que los hospitales cuenten con los elementos mínimos para resolver los problemas de sus pacientes. Esto se ha visto agravado por el hecho de que el Fonasa no paga el valor real de las prestaciones, sino que éstas se encuentran subvaloradas.

Añadió que en los últimos años ha existido un aumento importante en los recursos que se aportan a la salud, pero ello sólo ha venido a suplir el déficit histórico que existía en el sector.

Terminó afirmando que, para los trabajadores que representa, resulta lamentable que el Gobierno insista en aprobar esta reforma, por cuanto el tema no está siendo tratado en forma técnica, sino política. No se consigue el objetivo fundamental de solucionar los problemas de la gente con la propuesta que se está haciendo, ya que sólo establece la prioridad de la atención para 56 patologías.

IV. 11. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENPRUSS, SEÑOR JUAN DÍAZ.

El señor Juan Díaz (Presidente de la FENPRUSS) señaló que como representante de una parte importante de los profesionales de la salud ha planteado que esta reforma debe construirse con el aporte de todos los trabajadores del país. En este sentido, hizo presente que los proyectos actualmente en tramitación no han sido consensuados con la comunidad, ni menos

con los gremios de la salud, y adolecen, por tanto, de una visión conjunta de la sociedad.

Recalcó que este hecho se lo han manifestado en reiteradas oportunidades a las autoridades del sector y especialmente al Ministro de Salud y que como producto de ello, se ratificó un acuerdo que se firmó con el Gobierno en el mes de mayo pasado. Se pensó que los representantes de los gremios iban a participar en la elaboración del marco de la reforma, por cuanto están conscientes de que no pueden ser colegisladores en estas materias. Este hecho en definitiva, no se concretó.

Por ello no tiene por objeto dar a conocer observaciones al proyecto, ni menos formular sugerencias de modificación, sino sólo señalar que este proyecto no representa el sentir de los trabajadores ni respeta los acuerdos firmados entre los gremios y el Gobierno.

En todo caso, señaló que el proyecto, al establecer prioridades para determinadas patologías, lo único que está haciendo es producir una nueva forma de discriminación, ya que por el sistema de financiamiento de las mismas es seguro que los directores de los hospitales privilegiarán este tipo de prestaciones.

Enfatizó que el Ministerio de Salud no requiere de una ley para establecer prioridades, ya que tiene atribuciones para ello, siendo un ejemplo de esta afirmación el programa de oportunidad de la atención que actualmente se encuentra en marcha en casi todos los establecimientos hospitalarios del país, con el cual se ha podido resolver una gran parte de los problemas de listas de espera, especialmente en cirugía.

Asimismo, destacó que son partidarios de la participación de la ciudadanía en los distintos hospitales, mediante la organización de pacientes que les permita influir en las políticas de salud, en la elaboración de las mismas, en la determinación de las prioridades y, quizás, en la administración del hospital, lo cual no ha sido recogido por los proyectos de la reforma.

Insistió que lo único nuevo que se plantea en el proyecto es el Consejo Consultivo, que considera que es la antítesis de la democracia, ya que ese Consejo tiene una génesis absolutamente poco democrática, puesto que sus miembros serán nombrados por el Presidente de la República.

En definitiva, consideró que el Consejo Consultivo debiera ser una instancia abierta a la participación ciudadana y de la comunidad, además de la de los gremios.

Informó que otra de las materias que formaban parte del acuerdo marco celebrado con el Gobierno decía relación con que el Fonasa debía mantener el rol solidario que ha tenido desde su creación. Destacó que en el proyecto de ley existe más de un elemento que lo lleva a pensar que se estaría transformando al Fonasa en un seguro más, que otorgará un plan de salud que cubrirá sólo las prestaciones de ese plan y que los demás tendrán que ser pagadas mediante copagos o mediante un adicional. Cree que eso es así, por cuanto no se entiende por que se está proponiendo que el Fonasa pueda otorgar otras prestaciones que no están en el Auge sino es a través de un pago extra por parte de los cotizantes.

Otro tema que lo lleva a concluir que el Fonasa cambiará su rol actual y adquirirá la calidad de asegurador dice relación con la proposición de crear una Superintendencia de Garantías en Salud, que será la que fiscalizará al Fonasa. Estimó que, si se tiene en cuenta que la función principal del Fonasa es ser el distribuidor de recursos, no entiende para qué se está creando esta Superintendencia, a menos que se esté pensando en transformarlo en un asegurador público.

Por otra parte, también expresó su oposición a la creación del Fondo de Compensación Solidario, porque ello implica derechamente que se está subsidiando a las Isapres, en circunstancias que la mayor parte de este fondo estará formado con los aportes de los cotizantes del Fonasa. Además, consideró que este fondo es absolutamente regresivo, ya que establece una prima única para todos, sin considerar el monto de los ingresos de cada cotizante.

Respecto de la situación de los indigentes, la prima será pagada por el Estado, pero sólo respecto de las prestaciones del plan Auge y no se sabe qué pasará con el resto de las patologías. En definitiva, cree que si el Fonasa va a seguir cumpliendo su función de fondo universal solidario, el indigente no tendría necesidad de cotizar o de que el Estado le pague la cotización, ya que el fondo solidario en sí resuelve su problema. Basta con que la persona acredite que es un indigente para que sea atendido en cualquier hospital público del país.

Sobre el Fondo Maternal Solidario, cree que la sobrecotización que se propone lo único que está haciendo es buscar una forma de que el Estado se desligue de su responsabilidad en la protección de la maternidad y se la esté traspasando a todos los chilenos. En esta materia, consideró que no existe un tema de solidaridad, sino de iniquidad, porque una vez más los sectores que tienen menos recursos van a tener que financiar remuneraciones de mujeres con mejores sueldos que el propio que ellos tienen. Estimó que, en esta materia, es preferible mantener la situación actual, en la que el Estado es el responsable de la maternidad de todas las mujeres del país.

Finalmente, señaló que otra forma de regresión está representada por una que pretende buscar más recursos con el aumento del IVA, que, en definitiva, repercute en las personas de menores recursos.

Por ello, plantea derechamente que la reforma de salud no está siendo solidaria, equitativa, universal e integral, que no considera la participación de los trabajadores ni de la comunidad. En definitiva, cree que este proyecto no fortalece la salud pública y, por ende, no soluciona los problemas de salud del país.

IV. 12. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENTESS, SEÑOR JUAN RAPIMÁN.

El señor Juan Rapimán (Presidente de la FENTESS) expresó que, igual que la Fenpruss, su organización integra el Consejo Nacional de los Gremios de la Salud, Congres, y por lo tanto comparte sus observaciones sobre la reforma de la salud.

Recalcó que, como trabajadores de la salud, no concuerdan con las propuestas del Gobierno en materia de reforma de la salud, aun cuando consideran que debe introducirse una nueva manera de otorgar salud.

Agregó que también comparte la opinión de que la prioridad para la atención de las 56 patologías lo único que hará es producir mayor discriminación, ya que existirá atención de primera clase correspondiente para las incluidas en el plan Auge y de segunda todo el resto de las prestaciones, todo lo cual repercutirá en los trabajadores, que serán objeto de todo tipo de presiones, por cuanto necesariamente se privilegiará una atención que va ser pagada con recursos nuevos por sobre los aranceles que se pagan actualmente y que se seguirán pagando de la misma manera que ahora.

Finalizó enfatizando que se suma a lo dicho por los invitados que le han antecedido en el uso de la palabra, quienes, además, son integrantes del Congres y, especialmente, a lo planteado por el Presidente de la Fenpruss.

v. V.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.

En el debate, se expresó que el proyecto otorga facultades a la autoridad de salud para otorgar prioridad a determinadas patologías o enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios y epidemiológicos y, en conformidad al procedimiento que el proyecto señala, cuando esa autoridad estime que son las que más daño causan a la población y, por tanto, respecto de ellas se establezca el régimen de garantías. En relación con esta materia, se hizo presente que también es necesario conocer cuál va a ser la situación de las patologías o enfermedades que no están comprendidas dentro del régimen de garantías, como también cuál será el tiempo de espera razonable para acceder a la atención y qué tipo de cobertura financiera podrá esperar el tipo de dolencia.

En otro orden de ideas, se mencionó que, ante esta Comisión, el Ministro de Salud, ha manifestado que una de las causas de la deuda hospitalaria reside en que los costos de las prestaciones son inferiores a los reales. Por ello, es necesario conocer si está contemplada la actualización general del valor de las prestaciones o sólo comprenderá a las que estén incluidas en el régimen de garantías.

Otro factor de interés señalado en el seno de la Comisión fue conocer las razones por las cuales se ha fijado una prima igual para todas las personas, sin considerar los ingresos de cada una de ellas ni factores solidarios.

En relación con el Fondo de Compensación Solidaria, se estimó necesario saber qué derecho tendrán las personas que deseen emigrar desde Fonasa a una Isapre, aun cuando no tengan el ingreso suficiente para pagar su prima y la de todo su grupo familiar.

Se insistió en que sólo se conocen de manera genérica los contenidos de las patologías que están consideradas en el plan AUGE y que no se tiene mayor información respecto de la garantía de oportunidad considerando que algunas de ellas son muy complejas, como el cáncer de mamas, cuyos primeros síntomas pueden ser detectados a nivel primario y, obviamente, se requiere de diversos exámenes para su diagnóstico, los cuales actualmente no se realizan en los consultorios, sino en los establecimientos hospitalarios o de nivel secundario, con el consiguiente retraso para la mujer afectada.

Se planteó también, que es necesario aclarar el concepto de prima para las prestaciones del Auge, puesto que de su simple lectura pareciera que se está creando un seguro para estas prestaciones.

Por otra parte, en relación con la creación del Consejo Consultivo, se estimó que existen actualmente facultades para que el Ministro tenga todos los consejos asesores o consultivos que desee, por lo que un organismo como al que alude el proyecto debería tener un carácter operativo, que, entre sus funciones, estuviera la de mantener actualizado el programa AUGE, sin perjuicio de la facultad del Ministerio para acotarlo y evaluarlo de acuerdo con las normas técnicas del caso.

Sobre la proposición de crear la Superintendencia de Garantías en Salud, se señaló que las funciones de esta entidad no difieren mayormente de las que tiene la de Isapres, por lo que no se entiende la razón por la cual no se le anexan a esta última la función de fiscalizar, además, al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del régimen de garantías en salud.

En otra intervención se destacó que muchos de los beneficiarios del sistema de salud tienen la impresión de que el plan Auge es una especie de plan básico de prestaciones.

Se estimó necesario contar con mayores antecedentes en relación con las patologías o áreas que quedarán cubiertas en el plan Auge y, respecto de las que estén consideradas, si tienen algún tipo de limitación.

Asimismo, se insistió en que se debe considerar la implementación de los consultorios de atención primaria con los equipos para realizar exámenes de detección de ciertas enfermedades prioritarias de detección precoz, como lo es, por ejemplo, el cáncer de mamas.

En el debate se hizo referencia acerca de qué pasará con las corporaciones que administran la atención primaria de salud municipal y cómo participarán en la integración de redes con la atención secundaria.

Se insistió en que la Comisión sea informada sobre las modificaciones que se introducirán en el estatuto legal del Fonasa, particularmente en lo relacionado con el sistema de atención, puesto que en las normas legales que lo rigen se establece claramente que no existen prioridades ni diferencias en prestaciones puesto que todas se otorgan por igual.

Se mencionó durante la discusión que del proyecto surgen las siguientes dudas: ¿Se está o no se está frente a una canasta básica de salud? ¿Se están implementando los multiseuros? ¿Existe portabilidad del subsidio? ¿En qué condiciones quedan las camas hospitalarias? ¿Se permitirá la entrada del mundo privado al sistema hospitalario público? ¿Cuál será el rol de los prestadores? ¿Por qué se suprime la libre elección en el sistema público? y ¿Cuál será la política de medicamentos en la atención primaria y en la secundaria respecto de las enfermedades consideradas en el Auge?.

El doctor Osvaldo Artaza (Ministro de Salud) expresó ante la Comisión que este proyecto no sustituye ni modifica las leyes N° 18.469 y N° 18.933, sino que, tal como lo establece el artículo 1°, se crea un régimen que es parte de un sistema más global, que se suma a los establecidos en la leyes antes mencionadas. Es decir, las leyes números 18.469 y 18.933, más las acciones de salud pública que efectúe el Ministerio sumado el régimen de garantías, constituirá el sistema de acceso universal con garantías explícitas.

En el proyecto no se consideran las acciones de salud pública porque ellas están contempladas en la ley de Fonasa, en la que se otorgaron facultades al Subsecretario de Salud para solicitar las líneas presupuestarias anuales de acuerdo con las políticas de salud pública que él fije para todo el país.

Por otra parte, en lo relativo a qué pasará con las otras enfermedades o patologías no consideradas en el plan Auge, precisó que se seguirán atendiendo en la misma forma en que se ha hecho hasta ahora, puesto que los cuerpos legales correspondientes, ley N° 18.469 y N° 18.933, seguirán vigentes. Los problemas considerados en el régimen de garantías tendrán condiciones de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad que serán distintos de las del resto de las prestaciones.

Agregó que, periódicamente, existirá una discusión en la sociedad respecto de las prestaciones que estarán incluidas, pudiendo llegar el día en que el total de las prestaciones estén consideradas en el régimen. Cuando ello suceda, lo que pasará en la práctica es que, en ese momento, quedarán sin efecto las leyes números 18.469 y 18.933; pero ello será posible sólo en la medida en que la sociedad, en su conjunto, valore progresivamente la importancia de invertir en salud.

Respecto de la situación de las patologías no consideradas en AUGE, se continuarán proporcionando los recursos como se hace en la actualidad, para seguir realizando los esfuerzos paliativos con los fondos que se encuentren disponibles, los que, obviamente, nunca serán suficientes. Así es como el cáncer hepático recibirá un tratamiento paliativo, puesto que, una vez diagnosticado, tiene muy mal pronóstico. No sucede lo mismo con el cáncer de vesícula que es esencialmente recuperable con un buen tratamiento, por lo que éste será considerado en las patologías priorizadas. El financiamiento de las

prestaciones que no estén en el régimen de garantías, será determinado en forma anual en la ley de Presupuestos de la Nación, tal como se hace ahora.

Consideró que en la discusión de este proyecto se debe determinar la disponibilidad presupuestaria para invertir en salud, ya que, si existe mayor inversión, se podrá aplicar el régimen de garantías a más patologías, lo que podría llevar, incluso, a la sustitución de la ley N° 18.469.

Sobre la deuda hospitalaria y la actualización de costos, expresó que lo que será posible pagar a costo real será todo aquello que esté debidamente protocolizado. Aun cuando teóricamente podría abarcar a todas las prestaciones, en un primer momento sólo corresponderá a las prestaciones correspondientes al régimen de garantías, ya que ello determinará el arancel que se deberá pagar por determinada prestación la que regirá para el sector público y, en caso de que existan convenios, para el sector privado.

Por otra parte, acotó que el régimen de garantías, a pesar del esfuerzo que conlleva, no terminará con las restricciones de la atención de salud, por lo que, igualmente, se deberán aportar recursos para ser usados por los expertos, quienes, obviamente, tendrán que fijar prioridades y, por tanto, restringir y racionalizar la atención. Lo que pretende el proyecto en estudio es que, al menos para determinadas patologías, 56 problemas que conllevan 2.000 prestaciones relacionadas, que implican el 80 por ciento de la carga de enfermedades de la sociedad chilena actual, se fijen en forma técnica las prioridades para atenderlas en cierto plazo. Para el 20 por ciento restante, se considerarán en el presupuesto de la nación los recursos para usarlos sobre la base del buen criterio de los equipos clínicos de los Servicios de Salud de la mejor manera para dar atención a esas patologías.

En todo caso, se pretende cambiar la forma de financiamiento de los Servicios de Salud, pasando del presupuesto histórico que se aplica actualmente a un presupuesto real que dé cuenta de la población asignada y de los problemas de salud de esa población.

Sin embargo, aclaró que la deuda hospitalaria no se soluciona con el financiamiento de todo lo que los hospitales realizan a su costo, sino que debe considerarse que deben hacer aquello que sea más efectivo y a un menor costo. El costo-efectividad considera, por ejemplo, que los resfriados no pueden ser tratados en un servicio de urgencia. Es decir, el hospital debe preocuparse de determinadas enfermedades que tengan un nivel de complejidad mayor.

Sobre la prima universal, expresó que ella se estimó necesaria como un instrumento o mecanismo para evitar el "descreme". Por lo tanto, no está pensada para que produzca solidaridad por ingreso, aun cuando las produzca para los riesgos de salud. El Gobierno consideró que la solidaridad del ingreso no será por cotización, sino por aporte fiscal directo.

El derecho a escoger un seguro de salud no es modificado en estos momentos. Es decir, se mantiene la posibilidad de optar entre Fonasa y la Isapre, de manera que si la persona tiene los recursos para comprar un plan de salud de una Isapre lo puede hacer. El cambio que se está proponiendo radica en que se indexa el aporte del Estado a una variable objetivada que corresponde a las personas que están eximidas de cotizar para salud. Respecto de estas personas, el Estado se obliga a realizar un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, que entra directamente al Fondo, no a la persona.

Este aporte sólo da cuenta de más o menos el 10 por ciento de la totalidad del riesgo, pero esta es la forma en que hoy el sistema de Isapres ejerce las diferencias para calcular sus planes, por lo que el efecto de discriminación o de diferenciación están en base a sexo y edad. Lo que el proyecto persigue es que cada sistema se haga responsable de su población beneficiaria independientemente del riesgo.

Señaló que la proposición del proyecto es la medicina familiar como una aspiración, aclarando que ello no es sinónimo de médico de familia o de especialistas en esa área, sino que ello implica un tratamiento más sistémico de la persona en un contexto más amplio que el individuo. Pero ello no representa un obstáculo para que existan especialistas en la atención primaria.

Destacó que, en el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión, una de las facultades que se otorga a los Servicios de Salud es la de disponer que los profesionales puedan cumplir su jornada de trabajo en los hospitales y en los consultorios en forma complementaria.

Asimismo, señaló que existe la posibilidad de que puedan existir mejores condiciones que las consideradas en el régimen de garantías ya que ello puede ser posible de acuerdo con los recursos que posea el Fonasa, y no debe coartarse a priori dicha posibilidad.

Sobre las dudas respecto a la calidad de seguro público que podría tener el Fondo Nacional de Salud, en razón de que se considera una prima, cree que esta materia es esencialmente debatible. Estimó que ello pasa por el hecho de dilucidar cómo se concibe una seguridad social de carácter público. Pero cree que existe claridad respecto del hecho de que el Fonasa no pierde las características que la ley le ha concedido con anterioridad porque el proyecto no introduce modificaciones en esas normas, sino que sólo les agrega el régimen de garantías.

Por tanto, el Fondo Nacional de Salud mantiene sus características de solidaridad. Lo único nuevo es que la prima se constituye como un referente para los efectos de la compensación de riesgo. Es decir, si una persona que, por sus dolencias o su riesgo, no puede permanecer en una Isapre e ingresa al Fonasa, éste debe ser retribuido. Para ello, debe existir un parámetro que permita estimar la compensación.

Sobre la proposición de crear una nueva Superintendencia que fiscalice el cumplimiento del régimen de garantías en el sistema público, hizo presente la disposición del Ejecutivo a debatir el tema y a optar por la medida más efectiva, sea la de mantener la proposición actual o de otorgar mayores atribuciones a la actual Superintendencia de Isapres para que también fiscalice al sector público. Destacó que lo que se pretende es que existan igualdades de normas por sobre la existencia de una o de dos entidades.

Respecto de si se está frente a un plan básico, expresó que ello sería cierto si se derogaren las leyes números 18.469 y 18.933, y se estableciere que desde el momento de vigencia de la ley sólo existirá el régimen de garantías. Precisó que la aplicación del plan AUGE requiere de una ley, porque no existe en estos momentos una norma que permita obligar a las Isapres otorgar el régimen de garantías a sus afiliados, como también para terminar con las diferencias de sexo y edad. Asimismo, se requiere de una ley para que las personas exijan del Estado la resolución de un determinado problema de salud en las condiciones ofrecidas por la autoridad sanitaria. Es decir la exigibilidad es materia de ley.

Por otra parte, consideró que las restricciones de edad que se han dado para determinadas patologías se han hecho sólo sobre la base de criterios técnicos y, obviamente, considerando los recursos de que se dispone. Hizo presente la disposición para analizar las conveniencias de determinadas medidas, siempre que se analice, además, la forma de su financiamiento.

Precisó que los temas de redes y modelo de atención corresponden a la materia de que trata el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión, boletín N° 2980-11.

En otro orden de materias, señaló que la libre elección es un tema complejo, que puede ser materia de lata discusión y de debate y considera

importante que se disponga del tiempo necesario para ello de la manera que lo disponga esta Comisión. En todo caso, precisó que se trata de un derecho valorado por la sociedad, especialmente por un determinado grupo de ella. Acotó que, si bien es un valor trascendente, también es necesario tener presente que debe tener un correlato financiero muy importante, dado que la modalidad de libre elección está sustentada en el mercado libre, con escasa regulación y con los inevitables mayores costos por prestación.

Es necesario buscar el necesario equilibrio entre regulación y contención de costos con más beneficios para las personas en contraposición a la libertad de elegir dónde y con quién atenderse. Los sistemas nacionales de salud han logrado eficacia y alto costo efectividad precisamente por el hecho de regular los sistemas de atención, al contrario de lo que sucede con los mercados que privilegian la libre elección.

La discusión debe resolver si la libre elección resulta un valor importante de mantener y cómo esos espacios de libertad tengan las regulaciones que no impliquen desmedro de una buena utilización de los recursos. Debate importante de realizar y el momento de hacerlo será cada tres años, cuando se fijen las condiciones de acceso.

Consideró, finalmente, que la discusión se puede facilitar si existiera una protocolización de todas las prestaciones, no sólo al interior de los establecimientos de salud, sino de toda la práctica médica. Aclaró que no se está suprimiendo el sistema de libre elección en el sistema público, sino que sólo se establece que el régimen de garantías para el sector público debe funcionar en redes, ya que es la red la que se hace responsable. Cuando ella no pueda dar cumplimiento a la garantía, se debe celebrar un convenio con otra entidad para que la persona reciba la prestación garantizada mediante el pago de un arancel determinado. Si no existe este concepto, no es posible garantizar las prestaciones ni poner en funcionamiento el régimen de garantías.

En vuestra Comisión se realizó un breve intercambio de opiniones, luego del cual se acordó, por asentimiento unánime dejar sin efecto en la discusión de este proyecto de ley lo dispuesto en el artículo 211 del Reglamento y proceder, de inmediato, a la votación en general de la idea de legislar, dejando claramente establecido que el trámite de la audiencia pública fue reemplazado por los representantes de instituciones y gremios que fueron especialmente invitados para hacer presente sus observaciones ante la Comisión.

- Puesto en votación el proyecto, **por la unanimidad** de los señores Diputados presentes **fue aprobado** en general.

VI. Discusión particular.

Artículo 1°.

El inciso primero establece que esta ley regulará el régimen de garantías en salud.

El inciso segundo señala que este régimen es parte del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, de acuerdo a la normativa vigente y a las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Se formulan las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Girardi y Palma, para sustituirlo, por el siguiente:

“Artículo 1°.- La presente ley establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante el Sistema, que incluye las acciones de Salud Pública y las demás prestaciones a las que tienen derecho los beneficiarios de las leyes 18.469 y 18.933.

El Sistema, será formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo al diagnóstico de salud del país y contendrá las prioridades sanitarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población”.

2. De los Diputados Aguiló, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Robles: al inciso primero, para suprimir, la frase final “en adelante, también el Régimen”, sustituyendo la coma (,) que le antecede, por un punto (.)

3. De los Diputado Accorsi, Aguiló, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Palma, Robles y Rossi, para sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

“El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.”

Sosteniendo la indicación signada con el número 1, se señaló que tiene por objeto establecer en forma clara que el Sistema será formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo con el diagnóstico de salud del país ya que se debe considerar el factor epidemiológico y poner énfasis en lo que la autoridad debe hacer y en lo que debe adecuar para resolver los problemas más relevantes de salud de la población.

En el debate se expresó que, en la indicación número 1, se cambia el concepto de régimen por sistema, por lo que es necesario conocer sus fundamentos y las implicancias que, desde el punto de vista semántico, ello conlleva. Asimismo, se hizo presente que, de aprobarse esta indicación, debería sustituirse el artículo 2°, por cuanto la materia a que alude quedaría comprendida en la indicación.

El señor Artaza (Ministro de Salud) aclaró que el proyecto propone crear un régimen que es parte de un sistema y no se está creando un sistema nuevo. Por ello, comparte la inquietud planteada respecto de la precisión en el uso de las palabras.

Hizo presente que la indicación que propone sustituir el inciso segundo precisa que el régimen es parte de un sistema y aclara que este nuevo régimen no implica un desmedro de las otras acciones que están contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Cree que es más preciso y contribuye a aclarar cómo se inserta este régimen de garantías dentro del sistema y cómo se derivan de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, etc., en lo que algunos llaman Plan Nacional de Salud.

Agregó que el fundamento de esta disposición y del régimen radica en que el país, a través de su autoridad sanitaria rectora, define un plan nacional que en el proyecto se traduce como objetivos, prioridades, necesidades, etc. y que se aplica mediante un sistema que representa la suma de los regímenes actualmente existentes, a los que se suma el que se crea por este proyecto más las acciones de salud pública.

Por tanto, estimó que se debería mantener el espíritu del proyecto, que es crear un nuevo régimen dentro de un contexto más amplio, lo cual no implica que se puedan precisar sus normas y objetivos, tal como se propone en las indicaciones signadas con los números 2 y 3.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) consideró que en este artículo 1° se establecen las materias, es decir, se crea el sistema de acceso universal con garantías explícitas, el cual, en su opinión, engloba al régimen de prestaciones de la ley N° 18.469, al conjunto de prestaciones de salud pública y al régimen de garantías explícitas.

Agregó que el artículo 25 del proyecto propone modificar el artículo 8° de la ley N° 18.469, y agrega una letra d) en que señala que las prestaciones comprendidas en el régimen de garantías en salud son parte de las prestaciones que tendrán derecho a recibir los beneficiarios de la ley. Acotó que la letra a) de dicha disposición se refiere a todo lo relacionado con el examen de medicina preventiva, la letra b) a todo lo curativo y la letra c) a la atención odontológica.

En definitiva, la letra d) se refiere al régimen; pero el sistema es el conjunto de todas las prestaciones de la ley N° 18.469. Por ello, señaló que la indicación aclara y precisa estos conceptos en mejor forma que el proyecto.

Por otra parte, contrariamente a lo anterior, se hizo presente que ni el proyecto ni las indicaciones proponen ni se refieren a que esta ley regulará el régimen de garantías en salud. Además, se señaló que los objetivos fundamentales son establecer el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de todo el sistema y se piensa que ello constituye un régimen y no sólo un sistema universal con garantías explícitas. Se opinó que este artículo es excluyente y reductivo del concepto amplio que tiene un régimen, ya que lo circunscribe solamente al aspecto de un sistema, y debería existir un sistema integral que tome los aspectos relativos al acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera.

Asimismo, se consideró que la indicación signada con el número 1 elimina un elemento importante, cual es el de establecer, como lo dice el artículo 2°, que esto se efectúe de acuerdo con las necesidades, pero también con los recursos de que disponga el país. Por lo anterior, se enfatizó en que existe una intencionalidad en la indicación de excluir el concepto de que el país realice las políticas de salud de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias que tenga. Se estimó, también, que lo que persigue la indicación es señalar que las garantías existan a todo evento, independientemente de la situación económica del país, lo cual puede constituir un precedente inconveniente para la sana administración de la hacienda pública.

En la discusión, se enfatizó que entre sistema y régimen existe una relación de género a especie. En todo caso se hizo presente que la respuesta está en la Constitución Política que, en el inciso quinto del número 9 del artículo 19, cuando se refiere al derecho a la protección de la salud, señala que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El artículo con las indicaciones signadas con los números 2 y 3, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 2°.

Establece que el Régimen es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 2º.- El Sistema es un instrumento de planificación y contemplará un régimen de garantías en salud que es parte del sistema, el que se elaborará de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas, y con los recursos de que disponga el país.”

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 2º.- El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria que será aprobado por ley. El proyecto de Régimen y los de sus modificaciones deberán ser elaborados por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y con los recursos de que disponga el país.”

3. De los Diputados Aguiló, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda y Olivares, para reemplazar, en éste y en todos los artículos, la palabra “Régimen” por la frase “Régimen de Garantías en Salud”.

4. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Girardi, Ojeda, Robles y Rossi, para sustituir la frase “con los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país” por “con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y con los recursos de que disponga el país.”

Se manifestó que la indicación número 1 recoge la idea de sistema y que el régimen constituye un instrumento de planificación.

Respecto de la indicación signada con el número 2, se fundamentó que el Parlamento debe tener intervención en la definición de las patologías que estarán incluidas en el régimen de garantías en salud.

Asimismo, se estimó que por tratarse de una acción que afectará la actividad económica de determinadas empresas, al otorgar normas de acceso, de oportunidad, de calidad y de protección financiera esto debe hacerse por ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19, N° 21, de la Constitución. Además, se afirmó que esta es materia de ley y de iniciativa exclusiva de S. E. el Presidente de la República, en razón de que se trataría de normas de seguridad social.

Se manifestó que la única diferencia que existiría entre la indicación signada con el número 2 con el proyecto es que se establece como obligatorio que el régimen de garantías en salud y la definición de cada una de las patologías incluídas sean materia de ley.

Se insistió en que la aprobación del régimen de garantías en salud se hará por ley, pero ello no implica que todo quede incluido, ya que el tipo de prestaciones y la definición de cada una de ellas quedarán encomendadas al reglamento y se otorgarán facultades al Consejo para que resuelva otras materias.

Se destacó que los autores de la indicación no han tomado en consideración que lo que pretende el proyecto es crear un nuevo régimen que formará parte de otro cuerpo legal, que está vigente, el cual considera todas las patologías sin excluir a ninguna de ellas. En este proyecto, la única diferencia es que otorga la potestad a la autoridad sanitaria establecida en la ley vigente para que ciertas patologías, tengan determinadas garantías que hoy en día no están señaladas.

Se expresó, por otra parte, que se lamenta que no se haya entendido el objetivo de la indicación, ya que no se persigue que la inclusión de determinadas prestaciones en el régimen de garantías en salud requiera de una nueva ley, ya que ello obviamente sería entrabante y burocrático.

Se destacó que, si se aprueba esta indicación, posteriormente se presentarán otras que irán en la lógica de que el proyecto de régimen de garantías en salud será elaborado por el Ministerio de Salud con la asesoría del Consejo Consultivo y con la aprobación del Ministerio de Hacienda. Asimismo, se confía al reglamento el procedimiento de elaboración del proyecto de régimen y sus modificaciones.

En otra intervención, se expresó que la alusión a que el régimen de garantías en salud es materia de seguridad social no corresponde. Aun más, se estima que la puesta en práctica del este régimen no requiere de ley, ya que el Ministerio de Salud posee las facultades para otorgar estas garantías en materia de calidad, oportunidad y protección financiera.

El señor Artaza (Ministro de Salud) precisó que la indicación signada con el número 4 incorpora el concepto de plan y que en salud pública se organiza en consideración a los objetivos sanitarios y a los recursos de que disponen, siendo ésta la fórmula racional de planificación desde el punto de vista de la salud pública, lo cual tiene un carácter nacional y es lo que, en definitiva, alimenta el sistema y los regímenes que existen.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 4, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El artículo 2° con las indicaciones 3 y 4, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 3°.

Dispone que el Régimen establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para:

a) Intercalar, entre la expresión “asociados a ella” y de “de carácter promocional”, la siguiente frase: “con criterios de salud pública y considerando el diagnóstico de salud del país”

b) Sustituir las palabras “Fondo Nacional de Salud” por “Sistema Público de Salud”.

2. De los Diputados Accorsi, Bayo, Cornejo, Girardi, Ojeda, Olivares, Palma y Robles, para agregar la siguiente frase final “considerando los derechos y deberes de las personas en salud”.

El señor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación signada con el número 2, señaló que los criterios de salud pública y el diagnóstico de salud del país están establecidos en el artículo 2°, cuando se hace referencia al plan de salud. Además, precisó que la ley de derechos y deberes de las personas en salud regulará la relación entre usuarios y prestadores. Por lo tanto, es más específica y la normativa sobre el régimen de garantías en salud es más general.

En todo caso, hizo presente que comprende el objetivo que persigue la indicación, por lo que sugirió que se apruebe en los términos propuestos para, posteriormente, presentar una indicación que recoja su finalidad, con el fin de evitar una eventual contradicción entre esta ley y la de derechos y deberes y no tener después problemas de interpretación.

En la discusión, se concordó con la indicación, por cuanto en dicho cuerpo legal se denotará la importancia que tendrá la opinión y la actuación del paciente, al que le da instrumentos para reclamar, por ejemplo, de la calidad de la atención.

Se hizo ver que, contrariamente a lo expuesto, se debe mantener la redacción original del proyecto, ya que al hacerse referencia a los derechos y deberes de las personas en materia de salud lo único que puede producirse, como lo dijo el Ministro, son problemas de interpretación.

Cerrado el debate y sometida a votación la indicación signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometido a votación el artículo 3°, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

Artículo 4°.

El inciso primero establece que Régimen consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad.

El inciso segundo dispone que la oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

El inciso tercero señala que los estándares de calidad deberán tener en consideración la evidencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

El inciso cuarto establece que, para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, al artículo 4°, para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.”

2. De los Diputados Accorsi, Bayo y Palma, al inciso tercero, para intercalar, entre las palabras “calidad” y “deberán”, el vocablo “técnica”, y sustituir la frase “la evidencia científica” por “los conocimientos y experiencias de nivel mundial”.

3. De los Diputados Aguiló, Cornejo, Girardi y Robles, al inciso tercero, para sustituir la frase “la evidencia científica” por “los conocimientos basados en la experiencia científica”.

4. Del Ejecutivo, para agregar el siguiente inciso quinto, nuevo:

“Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y de las Instituciones de Salud Previsional. Dichas garantías serán constitutivas de derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que esta disposición precisa las características del régimen de garantías en salud, ya que establece el derecho al acceso de prestaciones de salud que serán las que van a componer dicho régimen y señala que éstas tendrán particulares condiciones en relación con oportunidad, protección financiera y calidad, además de que esto no va significar perjuicios en el acceso a las demás prestaciones establecidas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Asimismo, en esta disposición se precisa en qué consisten la oportunidad y la calidad, por lo que se definen los criterios de oportunidad. Ello se hará conforme a parámetros clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir y establecidos sobre la base de qué se va definir la oportunidad.

Agregó que, al referirse a los estándares de calidad, también hay que precisar qué se entiende por calidad. Ello se hará en consideración al conocimiento acumulado, que en medicina se expresa a través del conocimiento científico.

El concepto de protección financiera está dado por la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Además, en este mismo artículo se agrega que las garantías que consagra el régimen deben ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y los de la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional y que se deben constituir en derechos exigibles. Por tanto, en esta norma se especifica el significado del régimen y sus condiciones particulares, que lo hacen distinto de los demás regímenes, y que serán derechos exigibles para todos los beneficiarios del sistema de salud, sea el público o el privado.

En relación con las indicaciones, señaló que acoge el espíritu de la propuesta realizada por el Diputado señor Accorsi, que sugiere efectuar una agregación, en el inciso tercero, referido a la libertad de elección, respecto de la cual el Ejecutivo presentará una redacción alternativa que deje claramente señalado que este régimen no puede estar basado en la exclusión de los prestadores, en cuanto éstos cumplan con normas y protocolos de acreditación de la autoridad competente.

En el debate, se solicitó aclarar el concepto contenido en el inciso segundo del artículo 4º, especialmente en lo relacionado sobre quién tendrá la facultad de determinar la factibilidad para que se dé cumplimiento a determinados estándares de calidad.

Esta observación es importante, porque del espíritu de la ley se entiende que la oportunidad estaría determinada por la lista de las 56 patologías que inicialmente serán consideradas en el régimen de garantías en salud. Esta lista no dejará encomendada a la autoridad local o regional la factibilidad de darles cumplimiento.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) responde que será el Ministerio de Salud, con el apoyo del Consejo Consultivo, el que deberá definir, cada tres años, acerca de las prestaciones que se incorporan al régimen de garantías en salud y las condiciones de oportunidad, calidad y protección financiera que se darán a todos los habitantes del país, independientemente del hecho de que sean beneficiarios del sistema público o del privado. En definitiva, se establecerán parámetros que constituirán las guías en las cuales se basarán todos

los prestadores y, por lo tanto, lo que se dirá es que lo hagan conforme a lo es la buena práctica y el buen sentido de la misma.

Finalmente, aclaró que el artículo 5° del proyecto define qué debe entenderse por oportunidad y señala cuál es el plazo máximo para el otorgamiento de la prestación, el que estará fijado por el régimen. Para hacerlo, el criterio está determinado por los parámetros y criterios clínicos.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 4, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 5°.

Para los efectos de esta ley se definen los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Su inciso final dispone que estas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, al artículo 5°, inciso primero, letra b), para intercalar, entre la palabra "Estándar" y la conjunción "que", la palabra "técnico", y

2. Del Ejecutivo, para suprimir el inciso final.

En la discusión sobre la indicación número 1, se señaló por su autor que tiene por objeto dejar claramente establecido el significado de los conceptos estándar y técnico, a fin de garantizar que estos protocolos se encuentran establecidos dentro de determinados estándares que tienen relación con cierta capacidad técnica.

Asimismo, se propuso que las guías diagnósticas puedan ser elaboradas en conjunto con las sociedades científicas. En todo caso, expresó que desea que ellas no sean elaboradas sólo por el Ministerio de Salud, sino que exista participación de otras instancias técnicas en su confección.

Este criterio fue compartido, ya que se estimó que el artículo simplemente define los conceptos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, los que son bastante claros, por lo que su alusión al estándar técnico se considera pertinente; no así la indicación signada con la letra c), que se refiere a las guías diagnósticas, por no corresponder a esta disposición, sino a otra posterior.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Diputado señor Accorsi la estima pertinente, pero cree que ella no debe ser restringida sólo a la letra b), sino que debe corresponder a toda la confección del régimen de garantías en salud. Aclaró que el Ejecutivo está proponiendo una indicación similar al artículo 6°, que regula, precisamente, la elaboración del régimen.

Por otra parte, no estimó que la norma se perfecciona al hacer referencia a lo técnico, cuando el concepto estándar implica una convención

o acuerdo respecto de determinada materia. Por lo tanto, lo que se está diciendo es que, en términos de calidad, se tiene que constituir un acuerdo que regirá las características de las prestaciones.

Cerrado el debate, puesta en votación la indicación signada con número 1, se contabilizan cuatro votos a favor, cuatro en contra y dos abstenciones. Repetida la votación, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 6°.

El inciso primero establece que el Régimen será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo dispone que corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

El inciso tercero señala que un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico y económico; desarrollo de estudios; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon indicación al inciso tercero, para agregar, a continuación de la expresión “análisis técnico”, precedida de una coma (,) la palabra “sanitario”; y agregar a continuación de la palabra “estudios” la siguiente frase: “tales como epidemiológicos nacionales y regionales que consideren, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y calidad percibida, entre otras materias;”.

En la discusión se fundamentó la indicación en el sentido que ella tiene por objeto precisar el tipo de estudios que debiera establecer el reglamento, poniendo el acento en la variable regional, ya que ella es distinta de la variable epidemiológica nacional.

En otra intervención, se discrepó de la enumeración que se hace en la indicación cuando que alude a las listas de espera, ya que, en tal caso, también deberían considerarse otros factores, como las exclusiones, ya que se está hablando de un régimen de garantías explícitas para todos el sistema de salud del país.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que no debe perderse la perspectiva de que el Régimen de Garantías en Salud es de carácter nacional y, por tanto, debe dar cuenta de esa visión para que a su vez la autoridad sanitaria regional lo adapte a su realidad.

Puestos en votación los tres primeros incisos con la indicación, **fueron aprobados por mayoría de votos.**

Se presentaron, además, las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo para agregar los siguientes incisos finales:

“El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que

permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan”.

2.- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi, para agregar, a continuación del inciso tercero, los siguientes incisos cuarto y quinto, nuevos:

“El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad y pobreza. Los referidos cálculos podrán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declara inadmisibles la indicación signada con el número 2.

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 7°.

Establece que el Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen, que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Sin debate, puesto en votación el artículo 7°, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 8°, nuevo.

El Diputado Accorsi, presentó indicación para agregar el siguiente artículo 8°, nuevo:

“Artículo 8°.- Todas las demás acciones de salud, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que deba prestar el Sistema Nacional de Servicios de Salud y demás organismos, como los establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000, del Ministerio de Salud, u otros que hayan celebrado convenios con algún Servicio de Salud, se encuentren asimilados a los mismos o ejecuten por cualquier título acciones de las mencionadas por cualquiera de los organismos referidos, deberán ser financiadas por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo con sus costos reales, los que serán definidos anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

Del mismo modo, dicho Consejo deberá definir los criterios y parámetros técnicos, sanitarios, médicos y económicos relacionados con la calidad de tales acciones y que deberán observarse respecto de todas ellas.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación, planteó cuestión de admisibilidad, por cuanto ella irroga gastos y se refiere a la administración financiera del Estado, materia de iniciativa exclusiva de S.E, el Presidente de la República.

Por otra parte, explicó que es materialmente imposible valorar cada una de las prestaciones a costo real y que lo que se está debatiendo es la creación de un régimen en el cual, por medio de protocolos, la evidencia, el conocimiento y la experiencia, se pueda ir definiendo que es lo conveniente para ciertos estándares de calidad y así poder valorarlo.

Asimismo, señaló que la experiencia internacional sobre la materia establece que los mecanismos de pago deben ser variados y que ellos deben traducir objetivos distintos. Un mecanismo de pago reconocido y usado en todo el mundo corresponde al pago por resultado o pago por diagnóstico solucionado lo que, de alguna manera, se acerca a lo que se está analizando en el régimen de garantías en salud. Además, existen otros mecanismos de pago en los cuales se hace una transferencia o un compartimento de riesgo entre la seguridad social y quien presta los servicios que corresponde al pago per cápita, por ejemplo. En éste se considera un gran número de acciones y un promedio de financiamiento de las mismas.

Consideró que dejar señalado en la ley la existencia de un solo mecanismo de pago establece una rigidez que puede resultar más negativa que beneficiosa.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles la indicación.

Artículo 8°.

Establece que existirá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión de dicho Régimen.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 8º.- Habrá un Consejo Nacional de Salud, en adelante el Consejo. Tendrá el carácter de organismo autónomo del Estado.”

2. De los Diputados Cornejo y Robles, para reemplazar la expresión “la evaluación y revisión” por *“el análisis, evaluación y revisión.”*

En el seno de la Comisión, se expresó como fundamento de la indicación signada con el número 2 que el Régimen de Garantías en Salud es un subconjunto del régimen total de prestaciones que se otorga a todos los beneficiarios del sistema y como subconjunto será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud con la asesoría del Consejo Consultivo. Al desarrollar este régimen, se deberá evaluar la carga de enfermedades y el porcentaje de las mismas que serán consideradas en el régimen.

Para que la participación del Consejo y su función de apoyo sea efectiva y emita una opinión fundada, debe tener la posibilidad de analizar, evaluar y revisar el proyecto de régimen.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles las indicaciones número 1.

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo 8º, **fue aprobado por la misma votación.**

Artículo 9º.

El inciso primero dispone que el Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía y disciplinas relacionadas.

El inciso segundo establece que los consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Ministro de Salud, por un período de seis años, prorrogables por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El inciso tercero señala que un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

1. Los Diputados Accorsi, Bayo, Cornejo, Melero Ojeda, Olivares, Palma y Robles, formularon indicación para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 9º.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.

2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación al artículo 9° sería inadmisibles, ya que el Consejo es un órgano que se crea dentro de la estructura del Ministerio de Salud y, por tanto, afecta a la organización del Ministerio.

Sin embargo, hace presente que, no obstante estimar que la indicación es inadmisibles, el Ejecutivo acoge la propuesta realizada por los Diputados.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) estimó que no existen problemas de inadmisibilidad, por cuanto este artículo sólo hace referencia a la composición del Consejo y no a su creación, que está contemplada en el artículo 8°.

En la discusión se reafirmó la posición adoptada por el Presidente de la Comisión, discrepando de la opinión del Ministro sobre la eventual inadmisibilidad de la indicación, por cuanto el artículo 62, número 2, de la Constitución se refiere a las funciones o atribuciones de los organismos del Estado y en la indicación sólo se está considerando la composición del Consejo.

Con relación a la indicación que han presentado diversos Diputados, se destacó que ella refleja el acuerdo casi unánime de los integrantes de la Comisión y pretende sólo señalar que, de los nueve integrantes del Consejo, seis de ellos deben representar necesariamente a alguna de las entidades que se señalan.

Además, se propone una limitación en el período de ejercicio del cargo, ya que se establece que serán nombrados por tres años y que su designación podría prorrogarse por otros tres.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 10.

El inciso primero señala que el Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario definido, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen propuesto.

El inciso segundo dispone que, para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los Consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos entregados por el Ministerio, el que los hará llegar con, a lo menos, sesenta días de anticipación a la fecha de su convocatoria.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, para:

a) Sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.”

2. Del Ejecutivo, al inciso segundo, para eliminar la frase final siguiente, sustituyendo la coma (,) por un punto final (.): “el que los hará llegar con a lo menos, sesenta días de anticipación a la fecha de su convocatoria.”

3. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, al inciso segundo, para agregar la siguiente frase final, precedida de una coma (,) “sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los entregados.”

En la discusión respecto a la indicación signada con el número 1, se expresó que, tal como se aprobó con anterioridad, existirá un Plan Nacional de Salud que definirá los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y el marco presupuestario. Al referirse a la existencia de un plan, se está señalando que éste será el organizador del sistema de salud de nuestro país. Este Plan que será desarrollado por el Ministerio constituirá el fundamento del Régimen de Garantías en Salud, por lo que el Consejo debe emitir su opinión sobre la base de ese Plan.

Asimismo, se establece que el Ministerio deberá dar respuesta fundada al Consejo con respecto a las proposiciones que éste haya presentado y que, de todas maneras, si es que necesita más antecedentes que los que el Ministerio le ha proporcionado, se lo faculta para solicitar nuevos estudios, por lo cual se ha presentado una indicación al inciso segundo en este sentido.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) concordó, en términos generales, con la indicación y recordó que presentará una indicación al objeto de precisar que una de las funciones del Ministerio es fijar el Plan Nacional de Salud, con consulta a un órgano que se creará, que es el Consejo Consultivo del Plan.

En el debate se consideró que la indicación es coherente con la proposición anunciada por el Ministro en orden a que se creará un Consejo Consultivo Nacional para la elaboración del Plan Nacional de Salud, por lo que en ese ámbito quedarán radicadas las decisiones sobre políticas y planes. El Consejo del Plan es distinto al que se está creando en esta ley, ya que será un consejo representativo de los diferentes actores de la vida sanitaria nacional.

Se estimó también que la indicación presentada para sustituir el inciso primero podría ser más restrictiva que el texto del proyecto y que ella es acertada al decir que el Consejo debe emitir su opinión conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario lo cual engloba todo, más allá de las proposiciones del Plan, que constituirá la ejecución de los objetivos.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que el artículo 2° establece que el Régimen de Garantías en Salud constituirá un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud de acuerdo con el Plan Nacional de Salud que estará conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidad de las personas. En esta norma sólo se está repitiendo este mismo concepto y la indicación, por tanto, no restringe la función del Consejo, sino que es absolutamente concordante con dicha disposición.

Por otra parte, en relación con la indicación número 4, expresó que el Ejecutivo considera que el tema de los plazos constituye una materia reglamentaria.

Puesto en votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 11.

Establece que un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen, que

considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para dar cuenta pública de sus sesiones y de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación, y el plazo para evacuar el informe.

Se formuló la siguiente indicación.

Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de Consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; para dar cuenta pública de sus sesiones; de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe entregar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que esta indicación es coherente con las indicaciones aprobadas al artículo anterior.

Sin más debate, puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 12.

El inciso primero dispone que el Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

El inciso segundo establece que las modificaciones al Régimen deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, para agregar, a continuación del vocablo “apruebe”, la siguiente frase: “el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley”.

2. De los Diputados, Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, al inciso segundo, para intercalar, entre las palabras “Régimen” y “deberá”, la siguiente frase: “incorporará progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y”

3. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer, Melero y Palma, para agregar el siguiente inciso tercero, nuevo:

“Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación al Régimen aprobado por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente sus dudas respecto de la admisibilidad de la indicación signada con el número 2, por considerar que incide en materias de orden financiero.

Añadió que, en todo caso, esta disposición establece la obligación de revisar el Régimen cada tres años, por lo que lleva implícita la idea de revisar las patologías incluidas.

En el debate se discrepó sobre la posible inadmisibilidad de la indicación misma ya que sólo se está aludiendo a un principio del régimen.

Por otra parte, se destacó que el objetivo de la indicación es precisar que, una vez que una determinada patología tiene el carácter de prioritaria, ella debe permanecer en el tiempo y que, si no existen recursos para incorporar otras, se mantendrán las mismas por todo el tiempo que sea necesario. Se agregó que no están propiciando un aumento de recursos, sino que insistiendo en el hecho de que las patologías, desde el momento en que son garantizadas, no pueden dejar de serlo.

En el seno de la Comisión se manifestó, en relación con la indicación para agregar un inciso nuevo, que ella se explica por sí misma.

Se dejó constancia de que un sector de la Comisión era partidario de establecer el Régimen por ley, pero que la indicación respectiva fue rechazada en su oportunidad, optándose por que se fijará mediante decreto. Otra de las indicaciones señala que las modificaciones del Régimen no pueden disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. Por consiguiente, se estimó que el decreto se podrá cambiar las veces que las autoridades de salud estimen necesario, sacando e incorporando nuevas patologías.

Puestas en votación las indicaciones signadas con los números 1 y 2, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 13.

Establece que el Régimen deberá ser otorgado obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y a los de la ley N° 18.933, por el Fondo Nacional de Salud y por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula la presente ley, a sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y los privados que, conforme la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.”

2. Del Diputado Accorsi, al artículo 13, para sustituir el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: “como por otras instituciones que la ley señale o cree para estos efectos.”

3. Del Diputado Aguiló, para suprimir el inciso tercero.

Sobre la indicación sustitutiva del Ejecutivo, se hizo presente en el debate que, en general, recoge adecuadamente las observaciones que se habían dado a conocer respecto de la norma contenida en el proyecto. Ello así está consignado en los incisos primero y segundo de la indicación sustitutiva.

Sin embargo, respecto del inciso tercero, se consideró que debe ser rechazado, formulándose indicación en tal sentido, ya que se estimó que no aporta a las definiciones ya establecidas en las disposiciones anteriores, sino que, por el contrario, complica en forma deliberada y genera confusión y desconfianza en los gremios de la salud, los que han visto confirmados sus temores en ese sentido.

En el citado inciso tercero, sólo aplicable a los beneficiarios de la ley N° 18.469, se hace referencia en dos ocasiones a la red asistencial del sector público, sin tener en consideración las normas aprobadas en primer trámite reglamentario por la H. Cámara sobre la organización del sector público y como se conforma la red de este sector. En este inciso, se lo define en forma distinta, ya que se deja en manos del Fondo Nacional de Salud la articulación y la definición de quiénes son efectivamente los miembros de la red.

Por ello, el inciso tercero debe ser rechazado, o bien se debe reemplazar su redacción, para señalar claramente que los beneficiarios de la ley N° 18.469 deben entender por red pública aquella definida en el decreto ley N° 2.763.

Por otra parte, fundamentando la indicación signada con el número 2, se expresó que ella se mantiene, ya que en el tema de la competitividad que se desea otorgar para tener acceso a este sistema solo se cuenta actualmente con dos instituciones, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional. Otras instituciones podrían ser las mutuales, pero al respecto no existe ninguna referencia. Por esta razón, de aprobarse dicha indicación, se abre la posibilidad para que otras entidades se puedan incorporar como prestadores al sistema.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación del Ejecutivo señalando que ella tiene por objeto aclarar una serie de temas que han estado presentes en el debate de este y otros proyectos. Así es como se precisa que el Régimen de Garantías en Salud es de carácter obligatorio tanto para los beneficiarios del Fonasa como para los de las Isapres, por lo que no existirá ninguna posibilidad de discriminar entre los distintos beneficiarios para otorgarles estos beneficios y los derechos sociales en salud.

Asimismo, hizo hincapié en el hecho de que, para el Estado, es indispensable y fundamental definir las condiciones en que las personas van a acceder a las prestaciones que darán forma al Régimen de Garantías en Salud, el cual no se puede otorgar en un marco en que no exista definición respecto de ciertas normas estándares tanto desde el punto de vista técnico como del administrativo. En esta disposición se pone fin al debate en términos de si es o no posible el escenario de libre elección dado que lo que el Estado requiere resguardar son las condiciones en las cuales este Régimen es posible otorgarlo con garantías de cobertura y de equidad, ya que lo que se desea salvaguardar, son las condiciones en las cuales se podrá acceder a este Régimen y el Estado otorgarlo. No tiene por objetivo restringir o que los usuarios pierdan derechos o beneficios, sino que lo que interesa es precisar en qué condiciones deben darse las garantías para que esta norma pueda ser factible y viable.

Acotó que desea ser muy claro en señalar que no es contrario a que existan distintas formas de organización, sino que sólo se están definiendo las condiciones que hagan posible que el Régimen sea otorgado. Ello es factible en un sistema regulado, el cual no es antagónico *per se* con la organización que cada uno decida darse. Recalcó que esta disposición no es perjudicial para ningún grupo profesional o sector, sino que sólo responde a la

necesidad de otorgar efectivamente los beneficios y los derechos que establece esta ley a todos los beneficiarios, ya sean del Fonasa o de las Isapres.

Sobre la norma del inciso segundo señala que ella es de aplicación general, ya que se refiere a todos los usuarios del sistema de salud chileno, tanto público como privado.

Por otra parte, destacó que el inciso tercero es sólo aplicable a los beneficiarios del sistema público de salud, esto es, del Fonasa, ya que el acceso debe hacerse a través de la atención primaria de salud, de los servicios de urgencia. Regula, además, un tema que no está considerado en el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria y gestión que sólo contiene la definición de red asistencial de cada servicio de salud tal como se establece en el artículo 16 bis de ese proyecto.

Por tanto, se está regulando ahí solamente la red territorial; pero, en materia de Régimen de Garantías en Salud, existen temas que exceden al territorio de los servicios de salud y tienen relación con la interacción de las distintas redes asistenciales y con facultades que la ley otorga con una limitación del 10% para la celebración de convenios entre el Fonasa y prestadores privados. Además, está todo el sistema de libre elección, que deberá ser perfeccionado y adaptado, pero bajo ningún aspecto suprimido.

Respecto de si el inciso tercero afecta la libre elección, precisó que el objeto de la indicación no es afectar la libertad de elegir, sino regular el acceso, ya que la obligatoriedad no es posible concebirla y otorgar el Régimen sin que existan determinadas condiciones. Hizo presente que no será posible otorgar el Régimen de Garantías si no se contempla el marco regulatorio adecuado.

Asimismo, reiteró que esta norma no suprime la libertad de elección. Pero esa elección debe hacerse dentro de los prestadores que cumplan con las condiciones de protocolos, estándares y normas que la hagan viable.

Agregó que el Régimen de Garantías está pensado para darlo con cobertura universal. En la medida en que existan costos desconocidos, sin protocolos ni normas, es imposible obligar a que se cumpla con un mandato, si no existen los medios para hacerlo. Por ello, debe ser la autoridad la que debe definir al prestador. Insistió en que el otorgamiento del Régimen y la regulación son indisolubles, sobre todo en lo que dice relación con la acreditación de los prestadores, protocolos con costo conocidos, calidad de la prestación, etcétera.

En el debate, se solicitó dejar expresa constancia en que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deben dar cumplimiento obligatorio a las garantías, en la parte que les compete, ya que ellos no son los responsables de dar las garantías porque en ese concepto es muy importante dejar claramente señalado que el responsable de otorgar las Garantías, en este caso, es el sistema público o el privado, con sus respectivas y correspondientes instituciones que actúen e interactúen en el sistema.

Por lo tanto, se consideró importante que quede claramente establecido que la intención del legislador es que el Fonasa y las Isapres deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen, en relación con sus propias funciones, que están claras en las respectivas leyes por las que se rigen. Se insistió en que la responsabilidad no recae sobre estas entidades, sino en el sistema de salud en su conjunto, por lo que el Ministerio de Salud, el Fonasa y todas las instituciones afines que están relacionadas son las que deben otorgar, en lo que les corresponde, las prestaciones del Régimen.

Por otra parte, con relación a la norma del inciso segundo, se estimó importante dejar establecido, sin lugar a dudas, que los prestadores deben estar acreditados, ya sean personas jurídicas o naturales, así como la forma en que deben hacerlo. Con ello, se está otorgando a la autoridad sanitaria la

posibilidad real de que se cumplan determinados criterios de acreditación por parte de los prestadores para que puedan otorgar el Régimen de Garantías.

En ese sentido, se consideró factible que, al establecerse la opción de acreditar, se esté posibilitando la acreditación de especialidades, capacidades o experticias especiales para otorgar determinadas prestaciones en el plan de garantías, con lo cual se podrá homogeneizar y estandarizar el criterio desde el punto de los prestadores. Ello implicará una revisión de la forma en que actúan los prestadores.

Por otra parte, cuando se habla del cumplimiento de las normas, se está estableciendo un imperativo respecto de ellas, definido por el Ministerio el que se debe cumplir en términos de calidad y de acceso. En todo caso, todo lo relacionado con los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas, que constituyen elementos dinámicos en el corto plazo, no debe quedar en la ley, sino en el ámbito reglamentario

Sobre el inciso tercero, se expresó que el sistema de salud chileno actúa de la forma que precisamente se establece en este inciso, ya que, en el sector público, para acceder a una determinada prestación, se debe hacer por la atención primaria o por la de urgencia; pero también se ingresa por interconsulta de un especialista. Al respecto, se desea saber si se mantendrá ésta última manera de ingreso.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) respondió que los derechos que se otorgan al ciudadano tienen una contraparte, que es la posibilidad de reclamar si no recibe la prestación en la forma que está garantizada, así como el que está obligado a dar la prestación tiene que poseer la capacidad para otorgarla, y para ello debe existir una acreditación.

Reconoció que las normas sobre guías técnicas y administrativas, así como los protocolos, son dinámicas; pero no lo es la obligación de que deban existir. Acotó que lo que está señalando la norma es que deben existir este tipo de guías y protocolos, porque, si no los hay, es imposible que se cumpla con el Régimen de Garantía de costo-efectivo, razonable y de acuerdo con los recursos de que el país dispone.

En el seno de la Comisión se insistió en que, respecto del inciso tercero, existen dos problemas que son entre sí contradictorios. El primero es el de la libre elección para acceder a las garantías y el segundo es cómo se le otorga mediante este inciso esta facultad –contraviniendo todo lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979- al Fondo Nacional de Salud para que articule una red distinta de la red territorial de todos los servicios de salud del país. Porque aquí se está creando una red nada más que para conceder las garantías en salud, la que podría estar compuesta incluso por particulares y por instituciones públicas, lo cual constituye claramente la privatización de la salud pública.

Respecto del primer punto, se recalcó que la cuestión es qué pasa cuando un usuario compra un bono y solicita atención con un médico que tiene convenio con el Fonasa. Si requiere atención quirúrgica, ¿tendrá o no derecho por medio de ese camino a las mismas garantías.

Se insistió en que la cobertura financiera debe darse en el marco de la modalidad institucional, en razón de los recursos. En este caso, para que exista modalidad institucional, no debería considerarse la cobertura financiera; pero, como el Régimen de Garantías considera la cobertura financiera, ella debe darse en el sistema público, sin que exista posibilidad de que participen prestadores privados con los cuales el Fonasa celebre convenios.

Se estimó que no existe concordancia con lo dicho en relación con que el Fondo Nacional de Salud, por ser el pagador, es la institución que otorga las garantías ya que para eso existe una red pública de salud. Considerar que es el Fonasa el que otorga las garantías es, derechamente,

convertirlo en un seguro público de salud, igual que las Isapres. Se insistió en que el que tiene que dar las garantías es el sector público, ya que ahí está la red estatal por lo que debe existir un mecanismo eficiente, claro y categórico para otorgar estas garantías. Otra cosa es propiciar privatizaciones encubiertas las que se rechazan en forma tajante.

En otra intervención se consideró que con esta indicación se está consagrando derechamente el sistema de *HMO*, uno público y otro privado. En todo caso, se hizo presente que esta materia no debe quedar en la ley, sino que debe ser objeto de reglamento. Es ahí donde se deben establecer claramente las bases para que se regule el Régimen de Garantías definido por la autoridad y se establezcan los prestadores y la forma de acreditarlos.

Se destacó que este sistema no sólo conlleva un control de costos, sino que también produce efectos en la libertad de elección de los usuarios. Los beneficiarios del Fonasa actualmente pueden elegir por atenderse en el sistema de libre elección o en la modalidad institucional e incluso en esta última deben pagar un determinado porcentaje de la prestación a pesar de que son cotizantes del Fondo y sus cotizaciones financian el 46 por ciento del presupuesto de salud.

En definitiva, se consideró que el inciso tercero atenta contra la libertad de las personas y es contrario al derecho adquirido.

En el debate se manifestó también que este proyecto sólo regula el Régimen de Garantías en Salud y no modifica el sistema de salud chileno, por lo que es necesario destacar que se está restringiendo la libre elección sólo respecto del otorgamiento del Régimen de Garantías. Se acotó que, al establecerse garantías de oportunidad, calidad y de protección financiera, obviamente se deben considerar determinadas condiciones para acceder a ellas. El que no quiera usar esas condiciones, no entra al Régimen. Tiene la libertad de hacerlo; pero, si quiere usar de la libertad, no puede pretender hacerlo a costa de los demás, sino que a su propia costa.

Por otra parte, se señaló que no se puede estar en contra de la salud administrada por razones ideológicas ya que puede ser la solución a los problemas de gestión de la salud pública que, según todos los estudios, tiene precisamente problemas de administración de los recursos y de costos.

Cerrado el debate, previamente a la votación, se acordó proceder a la votación de los incisos primero y segundo en forma separada del tercero.

Puesta en votación la indicación sustitutiva, salvo el inciso tercero, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometido a votación el inciso tercero, **fue aprobado por la misma votación**, rechazándose, por tanto, la indicación para suprimirlo.

Se hizo presente la existencia otras indicaciones a este mismo artículo, las que fueron presentadas para modificar la indicación del Ejecutivo. Sobre las mismas, se hizo presente la improcedencia y, conforme a ello, la indicación número 2 fue **desechada.**

Artículo 14, nuevo.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo,

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.” ;

2. De los Diputados Accorsi, Ojeda, Olivares y Robles, para intercalar el siguiente artículo 14, nuevo:

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional, para asegurar que éste financie el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a dicho Fondo que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud o cuyas cotizaciones no cubran, para sí o sus cargas, las necesidades del Régimen de Garantías en Salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.”

El representante del Ejecutivo hizo hincapié en que la forma de otorgar el aporte fiscal no afecta el derecho de los indigentes ni de ningún beneficiario, ni de los cotizantes de bajos ingresos que estén afiliados al Fonasa, ni menos afecta los derechos exigibles por parte de los beneficiarios de las Isapres, ni afecta al monto del financiamiento que la ley de Presupuestos conceda cada año al Fonasa para que pueda dar cumplimiento a estas obligaciones, ni tiene relación con la operación del Fondo de Compensación Solidario.

Agregó que la regla del aporte fiscal lo que hace es dar una señal de empoderamiento donde el indigente, por no cotizar en el Fonasa, tiene los mismos derechos que los cotizantes. Eso se trata de reforzar con esta regla de aporte fiscal asociado al indigente. Pero es algo simbólico, porque la ley establece que las garantías del Régimen son exigibles por todos los beneficiarios del Fonasa, sean indigentes o cotizantes. Con aporte fiscal o sin él, los beneficiarios tienen el derecho a exigir el otorgamiento de las garantías.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación en el sentido de que es necesario establecer normas respecto de la situación de los afiliados al Fonasa que son indigentes, ya que, para los que cotizan, sus fondos son administrados por el Fonasa de manera colectiva y solidaria, por lo que comparten los riesgos. Con esa cotización se financia todo requerimiento de atención de salud tanto para el titular como para sus cargas dentro del Régimen de Garantías.

Ello no sucede cuando se trata de afiliados indigentes por lo que se ha estimado necesario dejar establecido en la ley que el Estado asume la obligación respecto de estas personas, a fin de que tengan la posibilidad de recibir el régimen sin ningún distingo respecto de los que efectivamente cotizan. Considera que esta norma es clave para evitar que existan ciudadanos de primera y de segunda clase.

Destacó que la filosofía rectora del proyecto es igualar a los ciudadanos en un derecho esencial, que es consustancial a la dignidad de las personas, por lo que se establece un estándar de equidad único para todos, sin ninguna diferencia.

Agregó que, de no aprobarse esta norma, se tendrían personas con o acceso o sin él a los beneficios del Régimen, y eso no es compatible con los valores que inspiran la reforma.

En el debate habido se consideró que, cuando se establece por ley que solo el Estado realizará el aporte fiscal a las personas que estén en indigencia o que carezcan de recursos y que estén legalmente eximidas de cotizar, se está introduciendo un elemento muy complejo desde el punto de vista del financiamiento del Régimen, para una cantidad muy importante de personas que, teniendo recursos y cotizando legalmente para salud, no cuentan con capacidad económica suficiente para hacer el aporte equivalente al valor de la prima universal.

Así es como, en el caso de una persona que, por ejemplo, gana \$150.000, mensuales y cotiza el 7% para salud, el monto de la cotización será de 10.500 pesos mensuales y anualmente sumará \$121.500. Si esa persona es casada y tiene tres cargas legales, con la cantidad cotizada no le alcanzará a cubrir la prima universal para su grupo familiar y tendrá que pagar una cantidad adicional a su cotización legal para poder acceder al Régimen de Garantías.

Se enfatizó en esto resulta discriminatorio con relación al sistema actual, ya que ello podría implicar que una persona se quedará sin ningún recurso para aquellas patologías que no son Auge por falta de financiamiento. Por lo anterior, es importante aclarar esta situación, ya que si el Estado sólo realizará un aporte cuando la persona sea indigente o carezca de recursos, quedará sin protección de salud quien no tenga recursos o no tenga capacidad de pago, en circunstancias que hoy ese ciudadano recibe una atención del Estado por la cual tiene que efectuar un copago del 10% del valor de la prestación y recibe todas las prestaciones, con un costo total inferior al que tendría que pagar si se aprueba esta ley y, en especial, esta disposición en los términos propuestos.

Asimismo, se aclaró que esta norma no se refiere al total del aporte fiscal, sino que sólo al correspondiente a las personas indigentes o que carezcan de recursos y que no estén obligadas a cotizar, ya que no puede existir ninguna persona que, por no tener recursos, no tenga garantizado su Régimen, igual que cualquier ciudadano.

Por otra parte, se expresó que ninguna disposición de esta ley establece que se deba pagar o cotizar más del 7%, y la prima sólo constituye un referente para ajustar riesgos; no es otra cosa. Por lo tanto, las personas que están en el Fonasa y que cotizan el porcentaje legal no van a tener obstáculos para recibir el Régimen, aun cuando el monto de su cotización sea insuficiente.

En el seno de la Comisión se insistió en que la respuesta del Ministro a las inquietudes planteadas en el debate no son satisfactorias, especialmente porque no se ha dicho de dónde saldrán los recursos para financiar el déficit. En el caso de que la respuesta sea que el financiamiento se hará con recursos de las cotizaciones de los afiliados al Fonasa y que en eso se basa la solidaridad, ella es muy precaria para financiar un proyecto de esta naturaleza, como sería que los que efectivamente ganan más y que estén en los quintiles de más altos ingresos sean los que efectivamente puedan solidarizar con los que tienen menos recursos.

El representante del Ministerio de Hacienda señaló, respecto a la consulta sobre la situación de las familias cuya cotización no alcance para cubrir la prima universal de todo el grupo familiar y que, de no pagar la diferencia, no tendrían acceso al Régimen de Garantías ni al resto de las prestaciones de salud que garantiza el sistema de salud pública, que se debe tener presente que la prima universal constituye sólo una compensación que va a existir para cubrir las diferencias de costo esperado entre Fonasa y las Isapres a través del Fondo Solidario y no tiene relación con el derecho a recibir las

prestaciones del Régimen de Garantías ni las otras prestaciones contempladas en la ley N° 18.469.

En esta ley, todas las personas tienen garantizado el acceso al Plan Auge, que corresponde a un determinado nivel de garantías para 56 patologías en forma independiente de la cotización. El gran cambio que se contempla en términos de equidad es que se establece un nivel estandarizado de protección para todos, independientemente de la cotización. Es aquí donde se nota claramente la diferencia entre la prima universal y la obligación del cotizante. Así es como la familia está obligada a cotizar el 7% de su ingreso y, en el caso de los indigentes, para el Auge el Estado hará un aporte directo, que será equivalente a la prima universal y al resto del aporte fiscal para este mismo grupo. Respecto de las otras prestaciones, lo seguirá haciendo el Estado, pero no a través de este Fondo Solidario, sino que mediante otros mecanismos.

Destacó que existe un nivel de equidad garantizado para todos, independientemente de la cotización, y que la solidaridad va a llevar necesariamente a que exista una redistribución de las cotizaciones al interior del Fonasa, situación que ocurre actualmente en dicho Fondo. Pero ahí se está olvidando el hecho de que más del 50% del presupuesto de salud es financiado por aporte fiscal proveniente de ingresos generales de la nación y no por cotizaciones, donde obviamente existe un componente de redistribución.

En el debate se expresó que se entiende que, por medio de este artículo, el Estado asegura al indigente el aporte para cubrir el valor de la prima universal; pero los representantes del Ejecutivo no aclaran por qué no se establece también para aquellos cotizantes que no alcancen a cubrir el valor de la prima universal. Hay que decir claramente que el aporte del Estado será para todos los que carezcan de recursos incluso para aquellos que contando con medios económicos, éstos no les alcancen para cubrir el valor de la prima universal.

Se puso énfasis en que los jubilados están obligados a cotizar para salud y su aporte representa una suma cercana a los 105 mil millones de pesos al año por concepto del 7% para salud. Obviamente, estas personas no están en condiciones de hacer el aporte. Por ello, se consultó en qué situación quedarán estos beneficiarios.

Además, se precisó que existen dos obligaciones distintas. Una es la que dice que el Fonasa debe garantizar a todos sus beneficiarios el Régimen de Garantías en Salud, independientemente del monto de su cotización y de si ésta le alcanza o no para cubrir la prima universal. La segunda obligación dice relación con el monto que debe aportar el Fonasa al Fondo Solidario por el número de beneficiarios que tenga. Este aporte provendrá de los recursos que obtenga de las cotizaciones y del aporte fiscal, que no es sólo aquel que será entregado por los indigentes, sino que también existe un adicional, que es el actual. Eso lo seguirá percibiendo, por cuanto responde a una obligación del Estado.

Se hizo presente, además, que esta disposición no tiene ninguna relación con el Fondo de Compensación, que es enteramente distinto ya que lo único que dicho Fondo hace es compensar, a lo menos, el riesgo de determinadas personas, como las mujeres en edad fértil y los adultos mayores, en razón de que tienen asociados riesgos más altos, de forma tal que los de menor riesgo los compensen sin que las mujeres y los ancianos paguen más que el resto.

Se añadió que otra situación distinta es que el Ejecutivo insista en señalar que cuenta con más recursos fiscales para cubrir no sólo a los indigentes, sino también a aquellas personas que tienen bajos ingresos. Por eso, es necesario aclarar en esta ley que, si ello es así, por qué no se lo deja claramente establecido y por qué se insiste en señalar que sólo es para cubrir el gasto de la persona indigente.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que esta materia, explicada ampliamente el representante del Ministerio de Hacienda, indica los objetivos de la indicación del Ejecutivo.

Por otra parte, planteó la inadmisibilidad de la indicación signada con el número 2, de los parlamentarios, con objetivos similares a la propuesta por el Ejecutivo, pero que amplía su ámbito de aplicación, por cuanto establece que se otorgará el financiamiento para aquellos a quienes la cotización no alcance a cubrir el costo del plan Auge, lo cual constituye una materia de iniciativa del Ejecutivo.

En el debate, se hizo presente que la indicación sólo tiene por objeto aclarar y no modificar el tenor y alcance de la norma propuesta por el Ejecutivo, ya que establece que los recursos que aportará el Estado al Fondo Nacional de Salud serán los suficientes para cubrir las necesidades del Régimen de Garantías en Salud de aquellas personas carentes de recursos y exentas de cotizar o de aquellas personas a quienes, teniendo recursos, estos no les alcanzan para cubrir el costo del Auge, ya sea para ellas o para sus cargas.

Es decir, lo que va a aportar el Presupuesto nacional es para todas las personas que necesiten un financiamiento adicional para costear el mínimo del valor del Auge respecto de ellas. Esto constituye una mera precisión y, desde ese punto de vista, no puede ser inadmisibile. Se insistió en que, si se hace esa precisión, lo que el Gobierno quiere decir con su indicación anterior es que en verdad la norma tiene un alcance limitado

La indicación de los Diputado es más clara. Es decir, todas las personas que no tienen ingresos suficientes o carecen de ellos van a recibir un aporte vía Fonasa desde el Presupuesto nacional.

Se agregó que, si esa no es la intención del Ejecutivo y, por lo tanto, no constituye una mera aclaración o reafirmación de un derecho, sería bueno que el Ejecutivo lo dijera ya que así se entendería que la indicación presentada por los parlamentarios sería inadmisibile.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) aclaró que se ya se encuentra aprobada una disposición que señala que el Fondo Nacional de Salud está obligado a otorgar atención a todos sus beneficiarios, sin ningún tipo de distinción, a todos por igual, incluidos los que no cotizan. Por lo tanto, esta disposición nueva sólo tiene un valor en cuanto reafirma los derechos de los indigentes, que hoy tienen la percepción de que ellos carecen de protección social en salud. En definitiva, lo único que se pretende es señalar que los indigentes igualmente tendrán derecho al Régimen de Garantías en Salud, ya que el Estado realizará los aportes correspondientes por ellos.

Cerrado el debate, el señor Cornejo, don Patricio (Presidente) declaró inadmisibile la indicación número 2.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo signada con el número 1, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Artículo 14, nuevo.

La Diputada Cristi y los Diputados Bayo, Forni, Masferrer, Melero y Palma, formularon indicación para incorporar el siguiente artículo 14, nuevo,

“Artículo 14.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen de Garantías en Salud, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se dejará constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer, conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”

La Diputada Cristi fundamentó la indicación en el sentido de que es necesario asegurar el cumplimiento de las garantías, ya que ellas no sólo deben estar expresadas en la ley, sino que también deben existir los medios para exigir su cumplimiento. Ello se concreta en el compromiso del Estado de que la persona efectivamente reciba la prestación. Se propone que se emita un documento en el cual se establezcan claramente cuál es la prestación y los costos de la atención, así como, en el evento de que no reciba la prestación, se den a conocer las causas de la negativa.

En definitiva, la indicación viene a reforzar el cumplimiento de las garantías y lo que puede hacer la persona cuando no reciba la prestación garantizada.

El Diputado señor Melero, coautor de la iniciativa, manifestó que el inciso final, es inadmisibles, por lo que lo retira.

Asimismo, expresó que la indicación tiene por fundamento evitar que el Estado se vea enfrentado a una gran cantidad de demandas judiciales por eventual incumplimiento de las garantías y, por otra parte, se desea relevar la obligación del Estado respecto del cumplimiento de las mismas en forma expedita y sin mayores dilaciones, ya que eso constituye la esencia del AUGE, Acceso Universal de Garantías Explícitas.

Lo que se propone es un mecanismo mediante el cual, a todo evento, la persona, vencido el plazo en el que se le dijo que iba a ser atendida, tenga la oportunidad de recibir la prestación, ya sea en el sector público o en el privado en aquellos establecimientos que tengan convenio con el Fonasa.

El señor Cornejo (Presidente) declaró inadmisibles la indicación.

Artículo 14.

El inciso primero establece que el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 otras prestaciones o beneficios complementarios que proporcionen mayores niveles de calidad,

oportunidad y protección financiera, que los contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso segundo señala que también las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a sus beneficiarios planes complementarios al Régimen de Garantías en Salud vigente, de conformidad a lo dispuesto en la letra a) del artículo 33 de la ley N° 18.933, y que los planes deberán especificar los beneficios complementarios ofrecidos y el precio adicional de éstos en caso de que corresponda.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para suprimirlo.
2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Letelier, don Felipe, y

Robles:

a) Al inciso primero, para sustituir la palabra “otorgar” por “financiar” y para agregar, al final y antes del punto (.), la siguiente frase: “sin perjuicio de las que debe financiar de acuerdo con la ley N° 18.469”

b) Al inciso segundo, para intercalar, a continuación de las palabras “Salud vigente” y antes de la coma (,), la frase “y las otras prestaciones a que tienen derecho”.

3. Del Diputado Accorsi, al artículo 14, para agregar los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Los beneficios complementarios que otorguen el Fondo Nacional de Salud y los planes complementarios que ofrezcan las Instituciones de Salud Previsional, deberán comprender el otorgamiento de las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la ley 18.469.”

“Asimismo, los beneficios complementarios que otorguen el Fondo Nacional de Salud y los planes complementarios que ofrezcan las Instituciones de Salud Previsional, deberán estar diferenciados en prestadores y en prestaciones de salud de la misma naturaleza.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la supresión del artículo en razón de que esta disposición introduce un factor de complejidad en el sistema, por cuanto lo que se está haciendo es legislar sobre el Régimen de Garantías en Salud y no sobre los otros regímenes consagrados en otras leyes, por lo que su supresión constituye un elemento de perfeccionamiento de la iniciativa.

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Las indicaciones signadas con los números 2 y 3 **fueron desechadas.**

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles, formularon indicación para sustituir el Título II por el siguiente:

“TÍTULO II
DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SALUD

Párrafo 1°

De la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud

“Artículo 15.- Créase la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, en adelante “la Defensoría”, organismo fundamentalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Justicia.

Corresponderá a la Defensoría cautelar los derechos de las personas en salud, establecidos en las leyes relacionadas con el ámbito de la salud, especialmente la ley N° 18.469, la ley N° 18.933, la presente norma y leyes que se dicten y que digan relación con la salud de las personas.”

“Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Defensor de Derechos en Salud, será el Jefe Superior del organismo, y tendrá la representación judicial y extrajudicial del mismo.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Defensoría, entre otras:

1. Recibir los reclamos que interpongan las personas que se estimen amenazadas, perturbadas o privadas del legítimo ejercicio de algún derecho consagrado en las leyes citadas en el artículo 15 precedente.

2. Conocer, tramitar y resolver las reclamaciones mencionadas en el numeral anterior, conforme al procedimiento contemplado en el Estatuto Orgánico de la Defensoría.

3. Especialmente deberá conocer, tramitar y resolver las reclamaciones de las personas concernientes al acceso, a la oportunidad, a la calidad y a la garantía de financiamiento de las prestaciones en salud; así como al trato y a la información recibida con ocasión de una atención en salud.

4. Mantener un registro actualizado de todas las normas legales que contemplen los derechos de las personas en salud, así como un registro jurisprudencial de carácter judicial y administrativo, que se refiere a pronunciamientos que incidan o digan relación con los derechos de las personas en salud.

5. Difundir periódicamente información pública en relación con los derechos en salud, así como la doctrina creada en las resoluciones de las reclamaciones de dicho organismo.

6. Informar periódicamente a los organismos de salud públicos y privados, así como a las asociaciones gremiales de personas relacionadas con salud, de las normas y doctrina relativas a los derechos de las personas en salud.

7. Requerir, de oficio, los antecedentes que estime necesarios, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de la sujeción a la ley N° 19.628, a cualquier entidad y persona que preste atenciones en salud, las financie o actúe como prestador, indiferentemente de su calidad o condición jurídica.

8. Dictar resoluciones de cumplimiento obligatorio en relación con los reclamos conocidos, tramitados y resueltos por este organismo, cualquiera que sea la autoridad pública, órgano, persona natural o empresa afectada.

9. Toda otra que señalen las leyes.

Las resoluciones de la Defensoría en el ámbito de los reclamos tendrán por objeto hacer cumplir los derechos de las personas en salud en forma obligatoria.”

“Artículo 18. Toda persona beneficiaria de las leyes N° 18.469, N° 18.933, de esta ley y de cualquiera otra que se dicte que cree derechos para las personas en salud, o que modifique, o que complemente los existentes, podrá recurrir ante la Defensoría frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de las diferentes instituciones o personas que actúan en salud, sean seguros privados, Fondo Nacional de Salud, prestadores públicos o privados u otros relacionados, con el objeto de que tal institución proceda, en un trámite breve y sumario, a investigar los antecedentes y resolver tal reclamo, haciendo cumplir

obligatoriamente lo resuelto y, en su caso, restablecer los derechos del reclamante.”

“Artículo 19. Tanto la organización de la Defensoría como su planta de personal, el régimen remuneracional de sus directivos y subalternos así como sus atribuciones, facultades, funciones y obligaciones serán reguladas y precisadas en su Estatuto Orgánico.”

“Artículo 20.- En ningún caso, la interposición de un reclamo ante la Defensoría limita el o los derechos de los beneficiarios de salud a ejercer las acciones judiciales, de cualquier naturaleza, o administrativas que les reconoce el ordenamiento jurídico.”

- Para eliminar los artículos 21, 22 y 23.

- Al epígrafe del Párrafo 2°, para intercalar, entre la expresión “de la ley” y el guarismo “18.933, el guarismo y conjunción “18.469 y”.

- Para intercalar el siguiente artículo 21, nuevo:

“Artículo 21.- Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se financie a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”

- Para sustituir el artículo 1° transitorio por el siguiente :

“Artículo 1°.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, para dictar y regular, mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministro de Justicia, el que también deberá ser suscrito por el Ministro de Hacienda, el Estatuto Orgánico de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1. Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3. Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Régimen de administración aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán considerar, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose en todo caso a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7. Mecanismos de adquisición y administración de bienes y servicios.

8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9. Regular el procedimiento de reclamos, la tramitación y resolución de éstos, así como el cumplimiento obligatorio de las resoluciones, pudiendo establecer multas, desde 0,5 a 100 unidades de fomento en caso de incumplimiento, y, asimismo, duplicarlas en caso de resistencia a cumplir lo resuelto; así también, regular los recursos en contra de las medidas de multa ante la Corte de Apelaciones respectiva.”

Los Diputados Bayo, Hidalgo y Palma, presentaron indicación para sustituir el Título II por el siguiente:

“TITULO II DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

“Artículo 15.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y recursos de que disponga el país.”

“Artículo 16.- Un funcionario, nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las leyes y aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar por que las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, y sus contratos con los afiliados.”

“Artículo 18.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como arbitro sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto, obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.”

“Artículo 19.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.”

“Artículo 20.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente a Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de una multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales, podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.”

“Artículo 21.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.”

“Artículo 22.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.”

“Artículo 23.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellas personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.”

El Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) **declaró inadmisibles ambas indicaciones**, por incidir en materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

El Diputado señor Aguiló reconoció que los parlamentarios carecen de iniciativa en estas materias, pero hace constar que la proposición fue puesta en conocimiento del Ministerio hace algún tiempo, por lo que solicita al Ministro que tenga a bien informar si existe alguna posibilidad de que ella sea patrocinada por el Ejecutivo.

Estimó que, como ha transcurrido el tiempo suficiente para tomar una decisión, se ha optado por no patrocinarla y, por tanto, mantener la proposición de crear la Superintendencia de Garantías en Salud, tal como aparece en el Título II, Párrafo 1°, con lo cual se desechan las observaciones planteadas por los parlamentarios.

Anunció su voto en contra de todo este Título, en razón de que estima inconveniente tener dos organismos fiscalizadores distintos, la Superintendencia de Garantías en Salud, por una parte, y la Superintendencia de Isapres, por la otra. Asimismo, considera que debe rechazar la creación de este organismo, porque existe una discrepancia grande entre el diagnóstico del problema y la solución del mismo.

Agregó que existe, por parte de la ciudadanía, la sensación de indefensión respecto del cumplimiento de sus derechos en salud. Las Superintendencias que existen en nuestro país en materia de servicios tienen como función primordial la de regular los mercados prestadores. Estima que, en materia de salud, debe existir un organismo que se aboque a la defensa de los derechos de los usuarios. En vista de ello, se ha propuesto la creación de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, para que todos los usuarios, públicos o privados, cuenten con una instancia a la cual acudir en caso de que esos derechos sean infringidos.

El Diputado señor Bayo señaló que la existencia de un régimen único de garantías para todos los usuarios, sean éstos del sector público o del privado, es incompatible con la existencia de dos organismos fiscalizadores, que pueden aplicar criterios distintos para la solución de un mismo problema.

Por esa razón, junto a otros parlamentarios, ha presentado una indicación que tiene por objeto crear un nuevo sistema de fiscalización de la salud. Insta a los representantes del Ejecutivo a analizar y estudiar ambas proposiciones. Anuncia su voto en contra del Título II.

El Diputado señor Accorsi opinó que, si se aprobara la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud, lo único que se estará haciendo es consagrar un elemento más de discriminación, por cuanto se estará garantizando más a unos que a otros, por lo que insta a los representantes del Ejecutivo y a los parlamentarios a reflexionar en cómo consagrar la equidad en materia de fiscalización y de protección de los usuarios en la misma forma. Anuncia su voto en contra del Título II.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que el rol de una Superintendencia es hacer cumplir la ley. En la iniciativa en tramitación se están consagrando derechos sociales en salud, por lo que resulta de toda lógica que exista un organismo que fiscalice su cumplimiento.

Hizo presente que sobre el tema no existe consenso y que las indicaciones presentadas dan cuenta de posiciones absolutamente

contrapuestas, por lo que el Ejecutivo ha optado por mantener la proposición contenida en el proyecto, es decir, la de crear una Superintendencia de Garantías en Salud. En todo caso, hizo constar que está disponible para estudiar y analizar alguna proposición que suscite mayor acuerdo y que tenga por objeto cumplir con las finalidades perseguidas, que es la existencia de igualdad de normas y de capacidad de fiscalización para que los derechos de las personas en salud sean respetados por igual tanto en el sector público como en el privado.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que comparte la posición del Diputado Aguiló, en el sentido de que las Superintendencias tienen una función clara en cuanto a que deben regular y controlar el mercado. Desde ese punto de vista, le parece claro también que el sistema público de salud no constituye un mercado y, por tanto, no debe quedar bajo la supervisión de una superintendencia. Por eso, también ha suscrito la propuesta de crear una Defensoría que no solamente se haría cargo del tema del cumplimiento de las garantías en salud respecto de aquellas personas que tengan que hacer presente que alguna de ellas no ha sido atendida. También, de una u otra manera, se debería incorporar a aquellas personas que están siendo tratadas por patologías que no están consideradas en el Plan Auge. Incluso, debería tener facultades para hacerse cargo de las normas que contemplará la ley de Deberes y Derechos de las Personas en Salud.

TÍTULO II DE LA FISCALIZACIÓN DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1°

De la Superintendencia de Garantías en Salud

“Artículo 15.- Créase la Superintendencia de Garantías en Salud, en adelante “la Superintendencia”, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

Artículo 16.- Un funcionario, nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Interpretar administrativamente, en lo relativo al Régimen de Garantías en Salud, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen al Fondo Nacional de Salud; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

2.- Velar por que el Fondo Nacional de Salud cumpla con las leyes y reglamentos que lo rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, en todos los aspectos que digan relación con el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

3.- Resolver, en los términos a que se refiere el artículo 21, los reclamos que presenten los beneficiarios de la ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación con el Régimen de Garantías en Salud.

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan dar cumplimiento al Régimen de Garantías en Salud.

5.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

6.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios que contempla el Régimen de Garantías en Salud, así como las medidas adoptadas respecto del Fondo Nacional de Salud para velar por el correcto funcionamiento de dicho Régimen.

7.- Imponer las sanciones que establezca la ley.

8.- Ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de prestaciones, conforme lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

9.- Las demás que le señalen las leyes

Artículo 18.- Las órdenes que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 19.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 20.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas de dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva. El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los

tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellas personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlas a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Artículo 21.- Toda persona beneficiaria de la ley N° 18.469 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en el Régimen de Garantías en Salud. El Superintendente actuará como árbitro arbitrador sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto, obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.

Artículo 22.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 23.- Será facultad de la Superintendencia instruir sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa

investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) solicita que se vote este título en forma global y no por artículos.

Se acoge la proposición del Ministro de Salud.

Sin debate, puestas en votación, todas las disposiciones del párrafo 1° del Título II **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Para los fines a que haya lugar, se hace constar que, además, se habían presentado las siguientes indicaciones, que se dieron por desechadas.

a) Del Diputado Accorsi, al artículo 15, inciso segundo, para reemplazar el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: "y a los prestadores en el cumplimiento de la ley de derechos y deberes de las personas en salud".

b) Del Diputado Accorsi, al artículo 17, N° 2, para agregar los siguientes párrafos segundo, tercero y cuarto:

"Asimismo, fiscalizar que el Fondo Nacional de Salud no pueda impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en el Rol de Prestadores del Fondo que otorgarán las prestaciones del régimen de garantías de salud y los beneficios complementarios que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera, que los contemplados en el Régimen de Garantías en Salud.

"Más aun, fiscalizar las relaciones entre el Fondo Nacional de Salud y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida en que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva.

"Por último, fiscalizar que el Fondo Nacional de Salud no ejecute hechos o celebre actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

c) Del Ejecutivo, al artículo 17, para reemplazar, en el numeral 3, la expresión "artículo 21", por la siguiente: "artículo 22".

Párrafo 2°

De la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud a los Beneficiarios de la ley N° 18.933.

Artículo 24.- El control y fiscalización del Régimen de Garantías en Salud que se otorga a los beneficiarios de la **ley N° 18.933**, corresponderá a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Asimismo, **por la unanimidad** de los Diputados presentes, **fue rechazado el artículo 24** del Párrafo II, y del Título 2°.

Artículo 25, que pasa a ser 14.

Introduce diversas modificaciones en la ley N° 18.469.

N° 1, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar el siguiente número 1, nuevo:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5º por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que la indicación tiene por objeto establecer que los trabajadores independientes podrán acceder a los beneficios de la ley N° 18.469, ya que actualmente no tienen la posibilidad de cotizar sólo para salud ni ser beneficiarios del Fondo Nacional de Salud.

Sin discusión, puesta en votación la indicación **fue aprobada por mayoría de votos.**

Nº 2, nuevo.

El Ejecutivo presentó indicación para agregar el siguiente número 2, nuevo.

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7º, el siguiente artículo 7º bis, nuevo:

"Artículo 7º bis.-. Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas;

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

2- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

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

4. La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud, o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

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

Sin discusión, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

Nº 1 , que pasa a ser 3.

Introduce las siguientes modificaciones en el artículo 8º:

a) Sustituye, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Reemplaza, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrega, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por la unanimidad de los Diputados presentes.**

N° 2, que pasa a ser 4.

Modifica el artículo 11, en los siguientes términos:

a) Sustituye el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

b) Reemplaza, en el inciso segundo, las palabras "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

c) Suprime el inciso cuarto, pasando el actual inciso quinto a ser cuarto.

Se formularon las siguientes indicaciones.

1) De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, a la letra a) que sustituye el inciso primero, para suprimir la frase "sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

2) Del Ejecutivo, para sustituir la letra c) por la siguiente:

"c) Sustitúyese, en el inciso cuarto, la expresión "Los beneficiarios", con que se inicia el inciso, por lo siguiente: "Sin perjuicio de las normas de acceso que determine el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios".

3) De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, a la letra c) para rechazarla.

En el debate se señaló que la indicación signada con el número 1) tiene por objeto precisar el contenido de la norma.

Puesta en votación la letra a) con la indicación signada con el número 1), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Respecto de la indicación signada con la letra 3), el doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que se mantiene la disposición vigente, con la sola precisión de que deben existir normas de acceso para las prestaciones contempladas en el Régimen de Garantías, lo cual es propio del sistema público de salud de derivación y de contradervación.

Se precisó en la discusión por los autores de la indicación, que desean mantener la norma actual aun cuando no esté completamente vigente, que es la garantía que establece la ley en cuanto a que en los hospitales públicos las personas tienen derecho a elegir.

La indicación fue presentada al texto del proyecto que proponía la supresión del inciso cuarto, que establece la libertad de elección en el sistema público de salud tanto del establecimiento como del profesional.

El Ejecutivo formuló una indicación por la cual mantiene el inciso original, con la precisión de que existirán normas especiales de acceso para el Régimen de Garantías.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) expresó que las normas de acceso serán determinadas en definitiva por el Consejo del Régimen de Garantías en Salud. Solicita mayor precisión por parte del Ministro de Salud en relación con estas normas de acceso.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) manifestó que, para determinadas patologías, deberá necesariamente existir un sistema de normas que determinen cuál será el establecimiento que deberá otorgar la prestación, todo ello dentro del sistema de derivación y contraderivación. Preciso que se deberá considerar que no todos los establecimientos estarán en condiciones de otorgar la prestación, como, por ejemplo, un trasplante hepático o una cirugía cardiovascular.

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada por mayoría votos.**

Sometida a votación la letra c) del proyecto, **fue rechazada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

Consecuentemente, se da por aprobada la indicación signada con el número 3.

N° 3, que pasa a ser 5.

Sustituye, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 6, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del numeral 3, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo:

"6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la frase "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

Los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles presentaron indicación para rechazarlo.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que esta norma establece que, en el caso de los independientes, que ya están incorporados en los beneficios correspondientes al Régimen de Garantías en Salud, no regirán las normas sobre subsidio por incapacidad laboral. Fundamenta la indicación en el hecho de que estas personas no realizan cotizaciones previsionales, por lo que es razonable señalar que los independientes que coticen sólo para salud y no lo estén haciendo con fines previsionales tengan el incentivo para hacerlo y puedan tener derecho a los beneficios del subsidio por incapacidad laboral.

En la discusión se fundamentó la indicación para rechazar la proposición del Ejecutivo en que la licencia médica constituye un acto médico y parte del tratamiento de una enfermedad. Se insistió en que la licencia médica no se concibe como un mero reposo, sino que constituye una decisión del médico y es parte del tratamiento para el mejoramiento de la salud y, como tal, constituye un derecho de las personas tener reposo cuando el facultativo estima que su enfermedad lo amerita.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) precisó que esta norma es aplicable sólo a los trabajadores independientes, los cuales tienen un régimen

laboral absolutamente distinto de los dependientes, ya que no requieren necesariamente justificar la inasistencia a su trabajo.

Por otra parte, expresó que nadie está poniendo en duda ni cuestionando la licencia médica propiamente tal, sino que sólo se está diciendo que los trabajadores independientes tendrán derecho a la atención de salud, la cual actualmente no poseen. Este derecho no tiene relación con el subsidio de incapacidad laboral, que es propio de los trabajadores dependientes.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres), dando respuesta a una consulta, precisó que en el sistema privado de salud los independientes que están afiliados a una Isapre no tienen derecho a licencia médica y, por ende, tampoco a los beneficios del subsidio por incapacidad laboral. Hace constar que sobre el tema existe una jurisprudencia uniforme de la Superintendencia de Seguridad Social.

Se insistió por los autores de la indicación en que esta disposición sería discriminatoria, ya que no se otorgan a todos los beneficiarios los mismos beneficios. De aprobarse esta norma se está perjudicando a una gran cantidad de personas, como los microempresarios que no tendrán derecho a licencia médica ni a subsidio de incapacidad.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Consecuentemente, la indicación de los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles se dio por **rechazada.**

N° 7, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar el siguiente numeral 7, nuevo:

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente oración "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."

Los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, presentaron indicación para rechazarla.

En el debate, se expresó que esta disposición se aplicará a las trabajadoras embarazadas o con hijo menor de un año, y que, al negarse este beneficio por el cual ellas están pagando el siete por ciento se estará cometiendo una injusticia. Asimismo, se hizo presente que en este caso no cabe cuestionar las licencias.

Se insistió en que, de aprobarse esta indicación se mantiene la lógica de consagrar una nueva discriminación, ya que determinados beneficios como las licencias médicas y los subsidios maternales, sólo serán para algunas mujeres.

Se añadió que donde existe una diferencia que es realmente indignante es en el pago de los subsidios por maternidad, ya que en el caso de las afiliadas al Fondo Nacional de Salud y a las Isapres, los paga el Fonasa. Se estimó que, si no se corrige esa discriminación, ante esa arbitrariedad e injusticia todas las demás son mínimas, desde el punto de vista de los recursos involucrados.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 4, que pasa a ser 8.

Modifica el artículo 25, en los siguientes términos:

a) Sustituye, en el inciso primero, la frase "el decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplaza el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Deroga el inciso tercero.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para sustituir la letra b) por la siguiente:

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

2.- De los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles, para modificar la letra b) de la indicación del Ejecutivo, en el sentido de sustituir la palabra "otorgar" por "financiar".

Sin debate, puesta en votación la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

En el debate se señaló que la indicación signada con el número 1 es coherente con las observaciones que se han realizado en orden a que el obligado a otorgar las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud es el Estado, a través del Ministerio de Salud y de sus instituciones, y que el Fondo Nacional sólo tiene funciones financieras en el ámbito del sistema público de salud.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que esta norma es aplicable a las Instituciones de Salud Previsional y que hace referencia a la obligación de otorgar o dar cumplimiento a las prestaciones del Régimen y no alude al tema del traspaso de fondos, sino que dice relación con las condiciones para el acceso, oportunidad y calidad, siendo, por tanto, más amplia que el solo traspaso de recursos.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) señaló que, efectivamente, esta norma dice relación sólo con las Isapres y que la mención que se hace del Fondo Nacional de Salud es para establecer que va a existir una cobertura financiera para las prestaciones establecidas en el arancel Fonasa, de conformidad a la ley N° 18.469.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, **fue rechazada, por mayoría de votos.**

El doctor Artaza (Ministro de Salud), en relación con la indicación formulada por algunos Diputados para rechazar la supresión del inciso tercero, expresó que dicho inciso ha perdido vigencia, por cuanto los contratos de salud serán indefinidos. En todo caso, precisó que, de mantenerse la disposición, no tendrá ninguna aplicación.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) expresó que el legislador de la ley N° 18.469 estableció la posibilidad de que aquellas personas

que estaban en una Institución de Salud Previsional retornaran automáticamente al Régimen de Prestaciones de la ley antes citada, es decir, al Fonasa, cuando terminara el contrato celebrado con una Institución de Salud Previsional, a menos que optaran por afiliarse a otra Isapre.

Puesta en votación la letra c), **fue aprobada por unanimidad.**

N° 5, que pasa a ser 9.

Agrega, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud.", pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.) y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

Sin debate, puesto en votación el numeral, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 26, que pasa a ser 15.

Modifica la ley N° 18.933.

N° 1.

Modifica el artículo 2°, en los siguientes términos:

a) Sustituye, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Reemplaza, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrega, a continuación de la letra h), las siguientes letras i) y j), nuevas:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33.

j) La expresión "prestadores" corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución cuya actividad esté relacionada con la atención de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria."

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir, en el numeral 1, la letra i) que se agrega, por la siguiente:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

Sin debate, puestas en votación las letras a) y b) de este número, fueron **aprobadas por mayoría de votos.**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con el número 1, fue **aprobada por mayoría de votos.**

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que varias de las definiciones contenidas en una proposición del Diputado Accorsi son interesantes y podrían ser consideradas. No obstante ello, hace presente que, al establecer una determinada definición, se entra en el ámbito de las funciones del Ministerio de Salud. En el caso del rol de prestadores, se establece que corresponde a la lista de prestadores. A juicio del Ejecutivo, es más propio referirse a la lista de prestadores acreditados para el efecto de otorgar prestaciones. Por tanto, hace

constar la disposición del Ejecutivo de analizar la proposición y hacer la indicación correspondiente en el lugar pertinente.

Puesta en votación la letra c) que incorpora una nueva letra j), fue **rechazada por unanimidad.**

Nº 2.

Modifica el artículo 3º, en la siguiente forma:

a) Intercala, en el numeral 9), a continuación del párrafo primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis) del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanan de los contratos de salud previsual respectivos."

b) Agrega, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir, de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado señor Accorsi, para agregar la siguiente letra a), nueva:

"a) Agrégase, en el numeral 3, a continuación del párrafo segundo, los siguientes párrafos nuevos.

"Asimismo, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsual no puedan impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en los Roles de Prestadores de las Instituciones de Salud Previsual que otorgarán las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

Más aun, fiscalizar las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsual y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida en que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva."

2. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente número 15, nuevo.

"15) Por último, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsual (ISAPRES) no ejecuten hechos o celebren actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

En el debate, se solicitó al Presidente un pronunciamiento sobre la admisibilidad de la indicación signada con el número 1.

El Presidente expresó que, en los términos en que está formulada la indicación, como una función de la Superintendencia, sería inadmisibile.

En todo caso, señaló que el sentido de la indicación es establecer la libertad de elección y la de adscripción por parte de los prestadores al sistema de Isapres. Cree que, si se propone como un principio general en la ley, sería admisible. Solicita al autor de la indicación que la reformule.

El Diputado señor Accorsi manifestó que uno de los problemas más serios que existe, desde el punto de vista de la libertad de trabajo, es precisamente el papel que tienen hoy las Instituciones de Salud Previsual en

cuanto a la determinación y limitación de quienes son los prestadores que integran el rol y que ello tiene directa relación con la fijación de aranceles.

Considera que, si existe la garantía constitucional de libertad de trabajo e igualdad ante la ley, en el caso de un profesional de cualquier área de la salud que acredite estar en posesión de un título y cumplir con las exigencias que hace la Isapre, no hay ninguna razón para rechazarlo o excluirlo, ya que está acreditado y posee la calidad requerida.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) reconoció que esta materia deberá ser discutida en algún momento y que hay que buscar una solución para resolverla. Sin embargo, hizo presente que en estos momentos se está analizando otro tema y que no es posible abordar materias que, aun cuando estén relacionadas, no forman parte del debate propiamente tal, como es la fiscalización. En esta materia, no puede considerarse de ninguna manera el asunto a que alude la indicación.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) procedió a declarar **inadmisibles** las indicaciones signadas con los números 1 y 2, por incidir en materias propias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que la letra a), que intercala un párrafo segundo nuevo en el número 9 del artículo 3°, tiene por objeto establecer que la Superintendencia deberá fiscalizar no sólo a las Isapres, que serán las responsables del otorgamiento de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y de protección financiera sino que también que exista claridad respecto de los convenios que estas entidades realicen con los prestadores que estimen pertinentes, toda vez que los convenios son los que van a permitir dar la tranquilidad a los afiliados y a la propia autoridad respecto del cumplimiento de las garantías que se establecen.

Esta propuesta que está referida a la regulación de convenios, responde a lo solicitado por la Comisión de Salud y refrendado en su oportunidad por la H. Cámara de Diputados respecto de la integración vertical, en donde se recomendó introducir nuevas facultades para regular este tipo de convenios.

Cerrado el debate y puesta en votación la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Con **igual votación se aprobó**, sin debate, la letra b) de este número.

N° 3, nuevo.

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del numeral 2, el siguiente numeral 3, nuevo.

"3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:

"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:

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

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo

definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

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

Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.

Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional señaladas en el artículo 31."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) fundamentó la indicación en que ella tiene por objeto hacer equivalente la norma aprobada en el caso de los independientes que puedan afiliarse al Fondo Nacional de Salud, a la que rija para los que deseen afiliarse a una Isapre.

En el debate se señaló que en esta norma se alude a las rentas de los trabajadores independientes y que, aparentemente, no se está haciendo referencia a las rentas del capital. Se consultó si existe alguna razón para su exclusión.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que las razones para su exclusión radican en motivos de orden práctico, ya que perseguir las rentas del capital es un tema complejo, sobre todo cuando se debe buscar una renta promedio. Además, se ha tenido en cuenta que el grupo de personas a las cuales se desea beneficiar con una norma como esta es bastante pequeño, por lo que no se estimó conveniente, en esta oportunidad, considerarla. No obstante, hizo presente que el tema podría ser contemplado en lo futuro.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo para agregar un número 3, nuevo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 3, que pasa a ser 4.

Modifica el artículo 33, en los siguientes aspectos:

a) Reemplaza la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Intercala, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia."

c) Sustituye la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Modifica la letra d) del siguiente modo:

i) Sustituye, en el párrafo primero, la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38."

ii) Intercala, en el párrafo segundo, a continuación de la frase "las Instituciones de Salud Previsional podrán vender planes", la palabra: "complementarios".

e) Sustituye, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", todas las veces que allí aparece.

f) Reemplaza, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 3, que ha pasado a ser 4, por el siguiente:

"4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

c) Sustituye, en el párrafo primero de la letra d), la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios a que se refiere el

artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) expresó que las modificaciones propuestas en este numeral tienen por objeto definir características e información en relación con los contratos y beneficios obligatorios que deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios. En lo que dice relación con el plan complementario, señala que en el artículo 33 bis) anterior está definido, por lo que considera redundante definirlo nuevamente, concepto que contiene la indicación de los parlamentarios.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) agregó que la legislación vigente para el sistema de Isapres sólo contiene, a manera de referencia, que los contratos de salud deberán tener como tal el arancel actual de libre elección del Fondo Nacional de Salud, con lo cual se deja abierta la posibilidad de que algunas prestaciones puedan quedar excluidas. Eso es lo que da origen a los planes sin cobertura de parto, por ejemplo. Lo que pretende la modificación y la indicación propuesta es establecer un conjunto de beneficios mínimos obligatorios regulados por el nuevo artículo 33 bis. El artículo 33 contiene las características de los contratos, como el plan complementario, precio, etcétera.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo, que sustituye la letra a), fue **aprobada por unanimidad**.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo para sustituir la letra b), fue **rechazada por unanimidad**. Por la misma votación, fue **rechazada la letra a)** del proyecto.

Sin debate, puesta en votación la letra c) del proyecto, fue **aprobada por unanimidad**.

En el debate en relación con la letra d) del proyecto y con la indicación del Ejecutivo para sustituirla, se expresó que esta es una de las normas más arbitrarias que contiene la ley de Isapres y que es frecuentemente utilizada por las Instituciones de Salud Previsional para "esquilmar" a sus beneficiarios. Lo único que está haciendo el Ejecutivo es señalar que los precios del Régimen de Garantías se fijarán en una unidad monetaria conocida, pero no se pronuncia sobre la reajustabilidad de los precios ni sobre el indicador de la misma.

El señor Gómez (Superintendente de Isapres) señaló que en el artículo 33 se incluyen los elementos y características del contrato que suscribe el afiliado con su Isapre. Lo que se pretende es que sea transparente. Lo que se intenta establecer con la modificación a la letra d) de este artículo es que debe expresarse el precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios, esto es, de las prestaciones y bonificaciones del arancel Fonasa de libre elección, más lo que está referido al plan complementario, en una unidad que corresponda a lo pactado y que esto se modifique, a más tardar, a los seis meses de después que se aplique el decreto del AUGE.

Sobre la fijación de precios del Régimen, precisa que este será igual para todos los beneficiarios de la Isapres y así se establecerá expresamente, con lo cual existe un cambio en la mecánica de fijación de precios que beneficia fundamentalmente a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores. Ellos, por último, están respaldados con las normas que crean el Fondo de Compensación Solidario.

Asimismo, en el proyecto de modificación a la ley de Isapres, se establecen normas respecto de los cotizantes cautivos, en que se propone una fijación de precios de acuerdo con un indicador conocido, que sería el de siniestralidad de estos cotizantes. Es decir, aquellos aspectos más críticos son

abordados por el proyecto en su integralidad, todo lo cual será analizado en su debida oportunidad, no en las normas referidas a la transparencia de la información de este artículo, sino que en los de fijación de precios.

Se expresó en la discusión que no se entiende por qué se está modificando en este proyecto la ley de Isapres, si aquí sólo se está legislando en torno al Régimen de Garantías en Salud.

Por otra parte, se plantearon dudas respecto de la aprobación de las otras modificaciones que contempla el proyecto en relación con las ya rechazadas.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que la modificación a la ley de Isapres que contiene este proyecto dice relación única y exclusivamente con enmiendas relacionadas con la creación del Régimen de Garantías en Salud, que cambia, en este sentido, en forma sustancial, la ley de Isapres.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) manifestó dudas respecto de la coherencia de estas modificaciones con las que, en definitiva, se efectúen en el proyecto que modifica la ley N° 18.933 sobre Isapres.

En el seno de la Comisión se solicitó al Ejecutivo el retiro las modificaciones a la ley de Isapres de este proyecto y que las presente en el proyecto que modifica la ley de Isapres, iniciativa radicada en las Comisiones Unidas de Salud y de Hacienda.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) reiteró las modificaciones a la ley de Isapres contenidas en este proyecto

Por otra parte, dejó constancia que, de no aprobarse estas modificaciones y otras contenidas en este proyecto, lo único que provocará será crear el Régimen de Garantías sólo para el Fonasa y no para las Isapres.

Señaló que acogería la solicitud si los parlamentarios aprobaran la indicación del Ejecutivo que propone establecer un nuevo artículo 33 bis.

Por otra parte, sugiere rechazar la letra d) del proyecto y, en nombre del Ejecutivo, retira las indicaciones.

Después de intercambiar opiniones, **se acordó mantener** la aprobación de las normas ya votadas y **rechazar el resto de las modificaciones a la ley N° 18.933.**

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo contenida en la letra c), que propone modificar el primer párrafo de la letra d) del artículo 33, fue **rechazada por unanimidad.**

Asimismo, por la misma votación, se dieron **por rechazadas todas** las modificaciones e indicaciones contenidas en este número y que se encuentran signadas con las letras ii), e) y f).

Asimismo, se hace constar que se dieron por rechazadas las siguientes modificaciones e indicaciones al artículo 26, que pasa a ser 15:

- Al N° 4, que intercala, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

En todo caso, las modificaciones que se le introduzcan al Régimen de Garantías en Salud deberán entrar en vigencia, para todos los beneficiarios, en el plazo que establezca el decreto respectivo, no pudiendo supeditarse su aplicación al ejercicio de la facultad que se establece en el inciso tercero del artículo 38.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto a que podrá convenirse la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato. Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones."

- Indicación del Ejecutivo, para sustituir el numeral 4 por el siguiente:

"5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra d) del artículo 33.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios que regula el inciso primero de este artículo, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

- Indicación del Ejecutivo, para agregar, a continuación del numeral 4, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo, pasando el actual numeral 5 a ser numeral 7:

"6.- Agrégase, en el inciso primero del artículo 34, antes del punto aparte (.), la siguiente expresión, precedida de una coma (,):"siempre que no se trate de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 31 bis".

- El N° 5, que introduce las siguientes modificaciones en el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

i) Reemplázase la frase "una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales" por la siguiente: "una vez transcurridos tres años de vigencia de beneficios contractuales."

ii) Sustitúyese la palabra "primer" por la siguiente: "tercer".

iii) Reemplázase, en la última oración, la expresión "tiempo determinado" por la siguiente: "tiempo superior".

b) Sustitúyese, en el inciso tercero, la oración "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan", por la siguiente: "Una vez transcurridos tres años desde la suscripción del contrato, anualmente y en el mes de suscripción, las instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan".

- Indicación del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 5, que ha pasado a ser numeral 7, por el siguiente:

"7.- En el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comuniqué la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

ii) Elimínase la frase que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

iii) Elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero, del siguiente modo:

i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

iii) Intercálase, entre las palabras "carta certificada" y "con", el vocablo "expedida".

Artículo 27, que pasa a ser 16.

Establece que, sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que se trata de leyes especiales que el Régimen de Garantías no debe afectar. Entre estas leyes está la de discapacidad, la relacionada con la Corporación Nacional de Reconciliación, normas sobre el personal del sector salud, beneficiarios de leyes especiales, como el Cuerpo de Bomberos.

Puesto en votación el artículo, fue **aprobado por siete votos a favor y una abstención.**

El Ejecutivo formuló indicación, para intercalar, a continuación del artículo 27, que ha pasado a ser artículo 28, los siguientes Títulos IV, V y VI, nuevos:

"TÍTULO IV
DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

El señor Marcelo Tockman (Jefe del Departamento de Estudio de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda) intervino ante la Comisión, en cumplimiento de un acuerdo adoptado en tal sentido, con el objeto de exponer el rol del Fondo de Compensación Solidario. Señaló que su exposición está destinada a disipar dudas planteadas por los Diputados explicar las reglas de aportes con respecto al Régimen de Garantías en Salud, el financiamiento y los beneficios, materias que se encuentran insertas en esta parte del proyecto.

Hizo presente que, en primer lugar, analizaría el derecho de las personas para acceder al Régimen de Garantías en Salud, para posteriormente abordar el financiamiento del Régimen y las otras prestaciones que otorga el FONASA, para concluir con el objetivo y operación del Fondo de Compensación Solidario.

En relación con el Régimen de Garantías en Salud, recordó que lo que establece el proyecto de ley es que tanto el Fonasa como las Isapres están obligadas a otorgar el Régimen de Garantías en Salud a todos sus beneficiarios. Por otra parte, existe la obligación del Estado de financiar el Régimen para los afiliados y beneficiarios del FONASA a través de ese Fondo, el cual es independiente del valor que tenga la Prima Universal y de los recursos con que se constituya el Fondo de Compensación Solidario; pero lo que sí afecta a esta iniciativa es lo relativo a la aprobación del proyecto de ley de financiamiento del Régimen, el que depende de los nuevos impuestos que se han establecido en la respectiva iniciativa.

Lo primero que se establece es el derecho de todas las personas a acceder a los beneficios del Régimen considerando a los afiliados y beneficiarios de las Isapres y del Fonasa, independientemente del ingreso y del monto de la cotización de la persona, con todas las garantías exigibles en términos de oportunidad, de protección financiera y de calidad.

En el caso del Fonasa, se considera el otorgamiento del Régimen de Garantías en salud a más o menos diez millones quinientos mil beneficiarios, cifra que incluye a los cotizantes, a sus cargas y a los indigentes. La primera estimación que se tiene respecto del costo total del Régimen para el sector público es de \$534.840 millones, es decir, una cifra cercana a los \$50.000 por beneficiario. Estos recursos cubren a los que cotizan, a sus cargas y a los indigentes que no lo hacen.

Los beneficios que contempla el proyecto son independientes de la existencia del Fondo de Compensación Solidario y de la regla del aporte fiscal explícito establecida para los indigentes. Esto es, la ley establecerá que todos los beneficiarios del Fonasa tienen derecho a las prestaciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, con las prestaciones asociadas a problemas de exigencia, de oportunidad, de un nivel de garantía en calidad y de protección financiera. Además, todos ellos continúan con su derecho al resto de las prestaciones de la modalidad de atención institucional. Ello es así tanto para una familia que vive en extrema pobreza y que, por sus ingresos, no puede cotizar nada, como para aquella familia numerosa que percibe el salario mínimo con una cotización anual equivalente a \$93.408, como para un matrimonio sin hijos con un ingreso mensual de \$990.000, que va a tener una cotización anual de \$831.600.

Reiteró que todos ellos, independientemente del monto de sus cotizaciones, tendrán derecho al Régimen de Garantías en Salud, todos con el mismo nivel de garantías. Además, tendrán igualmente el acceso que poseen actualmente a las demás prestaciones de la modalidad de atención institucional.

Asimismo, los cotizantes, igual que ahora, tendrán también derecho al subsidio de incapacidad laboral y a las prestaciones incluidas en la modalidad de libre elección.

En el siguiente esquema se grafica lo explicado.

FAMILIA	INGRESO	COTIZACIÓN MENSUAL	COTIZACIÓN ANUAL	COSTO ANUAL RGS + MAI	DIFERENCIA
Cotizante y Cónyuge	\$ 990.000	\$ 69.300	\$ 831.600	\$ 190.000	\$ 641.600
Cotizante y Cónyuge y 4 hijos	\$ 111.200	\$ 7.784	\$ 93.408	\$ 570.000	- \$ 476.592
Familia en extrema pobreza, tres miembros	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.000	- \$ 285.000

El financiamiento de la diferencia proviene de los cotizantes de mayores ingresos, pero principalmente del aporte fiscal (sólo el 36% de las prestaciones se financia con cotizaciones).

En relación con el gráfico anterior, dejó constancia de que, efectivamente, existirá el subsidio entre familias de ingresos muy altos o con muy pocos integrantes que cotizan más que los gastos, y el subsidio financiado con el aporte fiscal.

La obligación de Fonasa de otorgar las prestaciones a sus beneficiarios es la misma que existe actualmente y ella es independiente del monto de la cotización y el proyecto sólo cambia la obligación de Fonasa, ya que explicita la forma en la cual deben ser concedidas parte de las prestaciones que son las que constituyen el Régimen de Garantías en Salud.

En lo que respecta al derecho de los beneficiarios que deben recibir el Régimen de Garantías, más la Modalidad de Libre Elección, la Modalidad de Atención Institucional y el Subsidio por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, es independiente del monto de su cotización.

Costo del Plan Base

Régimen de Garantías en Fonasa	
	Miles de \$ 2002
Costo Plan AUGE Fonasa	534.840.098
Costo plan	513.613.084
Imprevistos	21.227.014
Copagos	34.840.098
Recursos Actuales a prestaciones AUGE *	347.000.000
Requerimiento de Recursos Adicionales	153.000.000

* Considera sólo aquellos recursos destinados a prestaciones AUGE que son transferidos mediante un esquema de compra por parte de Fonasa.

Expresó que el costo adicional para el Fondo Nacional de Salud de otorgar el Régimen de Garantías para los diez millones quinientos mil beneficiarios implica recursos del orden de los 534 mil 840 millones de pesos. En todo caso, hizo presente que en esta cifra pueden existir errores, por lo que se ha considerado un cierto margen de error, el que se ha estimado en 21 mil millones de pesos, en razón de diferencias de precios o por la carencia, en estos momentos, de los protocolos correspondientes a todas las patologías incluidas en el AUGE que pueden contemplar prestaciones actualmente no consideradas.

Sobre la forma de valorar el costo del Plan Auge, precisó que sólo se han considerado las prestaciones que se ha logrado identificar en forma clara y que corresponden a los 56 problemas de salud incluidos en el Plan. Eso solamente fue posible gracias a lo que corresponde en la ley de Presupuestos vigente al Programa de Prestaciones Valoradas, más la Atención Primaria de Salud. Destacó, además, que existen otras prestaciones que pueden estar siendo otorgadas por la Modalidad de Libre Elección y que pueden corresponder a prestaciones Auge, así como hay otras que corresponden a la Modalidad de Atención Institucional.

Estas prestaciones, si bien corresponderán al Régimen, no están contabilizadas como algo que ya está siendo gastado en el Régimen de Garantías en Salud. Por ello, para calcular cuánto hace falta para garantizar el Régimen, se ha considerado solamente una parte de lo que se está gastando actualmente en prestaciones asociadas al mismo y que corresponde a lo que se puede identificar claramente como el Programa de Prestaciones Valoradas y de Atención Primaria de Salud.

Esto permite garantizar que los recursos que están disponibles actualmente para el resto de las prestaciones siguen existiendo. En la medida en que haya una intersección en forma significativa, se le otorgarán recursos adicionales más allá de los necesarios para el Régimen de Garantías en Salud, lo que va a permitir que el resto se mantenga e incluso pueda expandirse.

FONASA: Fuentes y Usos de Fondos

	FUENTES Miles de \$ 2002	USOS Miles de \$ 2002
Presupuesto vigente FONASA	1.096.177	1.096.177
Aporte Fiscal	481.517	
Cotizaciones	465.863	
Otros Ingresos	148.797	
Recursos actuales destinados a Prestaciones RGS *		347.000
Otras prestaciones (RGS no identificadas, Otras Modalidad Atención Institucional y Modalidad Libre Elección)		749.177
Expansión Reforma	187.840	187.840
Aporte Fiscal Adicional	153.00	
Copagos	34.840	
Nuevas prestaciones y garantías RGS		187.840
TOTAL CON REFORMA	1.284.017	1.284.017
Aporte Fiscal más otros ingresos	818.154	
Cotizaciones	465.863	
Régimen de Garantías en Salud		534.840
Otras Prestaciones		749.177

* Considera sólo aquellos recursos destinados a prestaciones del Régimen de Garantías en salud que son transferidos mediante un esquema de compra por parte del Fonasa.

En la Comisión se dejó constancia de que en el cuadro anterior queda claro que las personas que cotizan en Fonasa aportan casi lo mismo que el Fisco, ya que los aportes del Fonasa, si bien incluyen un aporte estatal, también consideran recursos de las personas más pobres del país. Este tema es el que se ha destacado cuando se habla de solidaridad, ya que el monto de las cotizaciones incluye 105 mil millones de pesos que corresponden a las cotizaciones que efectúan los jubilados. Esta situación debe ser solucionada por no ser justo que un sistema solidario esté basado en el aporte de la gente más pobre del país.

Asimismo, el monto percibido por otros ingresos, en un alto porcentaje, corresponde a la atención de pacientes del sistema privado que se

atienden en los hospitales y por pacientes del sistema privado que se atienden en forma institucional.

Se consultó acerca de cómo se afectarán estos recursos al sacar el 0,6% de la cotización de salud, ya que en las cifras proporcionadas, al parecer, se parte del monto total del 7% de cotización, sin considerar que a ese porcentaje se le restará el 0,6% que se entiende que después se debiera recuperar por el aporte fiscal adicional.

El señor Marcelo Tockman (Jefe del Departamento de Estudio de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda) prosiguió señalando que el financiamiento para todas las prestaciones del Régimen de Garantías en Salud y el resto de las prestaciones que corresponde al proyecto de ley radicado en las Comisiones Unidas, el total requerido son 153 mil millones de pesos, que serán financiados mediante aumentos de impuestos cuyo monto será de 103 mil millones de pesos, en tanto que el resto de los recursos provendrán del crecimiento económico, de reasignaciones presupuestarias, de eficiencia del gasto y de focalización del mismo.

Las fuentes provenientes de reasignaciones presupuestarias, eficiencia y focalización incluyen transferencias netas a Fonasa desde el Fondo de Compensación Solidario, cuya estimación preliminar es de 12 mil a 20 mil pesos anuales, cifra elaborada en base a las tablas de riesgo de las Isapres, que no corresponde exactamente a la que se podría dar en el Régimen de Garantías en Salud, ya que la composición de prestaciones incluidas afecta igualmente que la diferencia de costo entre hombre y mujer si se incluye el parto. Por ello, se está haciendo un estudio en conjunto con el Ministerio de Salud para estimar las diferencias de costo esperado, en términos de sexo y edad, para las prestaciones asociadas a los problemas que están incluidos en el Régimen de Garantías.

En resumen, el financiamiento está asegurado para el Fonasa y es independiente del ingreso de cada cotizante. El régimen se financia con cotizaciones, aporte fiscal, copagos y transferencias netas desde el Fondo de Compensación Solidario. Se estima que las transferencias netas desde el Fondo de Compensación no superaran el 3% del costo total del Régimen de Garantías. La obligación del Estado de otorgar el financiamiento requerido por Fonasa para cumplir con las garantías es independiente de cuanto termine recibiendo efectivamente como compensación neta del Fondo de Compensación Solidario. El único factor que puede afectar es si el cálculo estuviera equivocado y no fueran 12 mil a 20 mil pesos, sino que mayor o menor que esa cifra. Ello implicaría que el esfuerzo del Estado, en términos de reasignaciones, puede ser mayor o menor. Pero el compromiso es que se otorgará el financiamiento requerido por Fonasa para financiar las prestaciones del Régimen de Garantías a todos sus beneficiarios, independientemente del monto que se logre recaudar.

La situación actual es que las Isapres discriminan a los enfermos crónicos, mujeres en edad fértil y personas de la tercera edad, y a cualquier individuo en que la Isapre pueda identificar *a priori* que el costo esperado de atenderlo es mayor que el costo promedio. Básicamente, las Isapres estiman el costo de otorgar las prestaciones de salud a un cotizante. Obviamente, el costo esperado para una mujer en edad fértil es mayor, en razón de que tendrá que cubrir los partos, lo que no ocurrirá en el caso de un hombre de la misma edad.

Lo que hace la Isapre con estas personas es fijar precios mayores que el promedio, efectúa adecuaciones más onerosas que el promedio o, derechamente, rechaza la afiliación. Por el contrario, el Fonasa tiene la obligación de aceptar a todos los descartados o rechazados por las Isapres. Además, como no existe un sistema de compensación y no se cuenta con planes estandarizados, la competencia no se hace por mejor calidad o reducción de costos, sino que el mecanismo es tratar de evitar quedarse con aquellos que se sabe que tendrán un costo mayor, siendo éste el problema del actual sistema.

Discriminación de Precios.
Tabla de Riesgo vigente en ISAPRE líder en el mercado.

Edad		Cotizante		Cargas		
		Hombre	Mujer	Cónyuge	Hombre	Mujer
M E S E S	00 – 11	2,40	2,40	2,40	3,00	3,00
	12 – 23	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
A Ñ O S	02 – 17	1,10	2,30	2,50	1,10	1,10
	18 – 24	1,00	3,00	2,50	1,00	1,30
	25 – 39	1,00	4,20	3,30	1,00	3,30
	40 – 49	1,60	3,80	2,70	1,40	2,70
	50 – 59	2,10	3,90	2,80	2,00	2,80
	60 – 64	4,00	4,50	3,60	3,60	3,60
	65 – 69	5,10	5,10	4,30	5,50	4,30
70 – más	5,70	5,50	5,20	6,70	5,20	

* Cotizante Hombre 30 años : \$ 10.000

* Cotizante Mujer 30 años : \$ 42.000

* Cónyuge Mujer 30 años : \$ 33.000

* Cotizante mayor 75 años : \$ 57.000

El gráfico anterior muestra las diferencias de costo para un mismo plan, dependientes de las características del usuario y de si éste es cotizante o carga, del género y de la edad.

Esta causa explica por qué el Fonasa tiene como beneficiarios a casi el 90% de los adultos mayores, a pesar de que el promedio de sus beneficiarios representa a sólo el 70% de la población del país. Esto, a su vez, implica tener una carga desproporcionada en los costos. Así es como se estima que un hombre de 75 años efectivamente gasta casi 6 veces más que un hombre de 30 años, ya que el primero se enferma por patologías de mayor gravedad y en forma más frecuente.

Los objetivos del Fondo de Compensación Solidario son reducir los incentivos a la discriminación por riesgo que tienen las Isapres. Esto se logra pagando a los seguros los gastos esperados de cada tipo de beneficiario, de manera que les sea indiferente asegurar a personas de alto o bajo riesgo. Es decir, una Isapre estaría dispuesta a recibir a una mujer en edad fértil en la medida en que la mujer esté dispuesta a pagar el mayor costo esperado o en que éste sea compensado, y eso es lo que hará el Fondo de Compensación.

El Régimen de Garantías en Salud implica una determinada cantidad de problemas de salud, lo que conlleva un cierto gasto para resolverlo. Cómo se conoce la probabilidad de ocurrencia de los problemas de salud para el hombre y para la mujer según la edad, se aplica el costo esperado en términos de satisfacer las garantías establecidas en el Régimen para un hombre de determinada edad. En el ejemplo, obviamente, todo lo asociado a parto no estará incluido para ese hombre y sí va a estarlo para la mujer, pero será considerado sólo en el caso de la edad fértil de la mujer.

Otra manera de ver este efecto es que el costo del cáncer de próstata sólo importa para los hombres que tengan más de cierta edad y no es relevante en el caso de la mujer.

Por eso, en términos de qué es lo que está incluido en el Régimen de Garantías en Salud, se aplica sobre distintos costos esperados tanto para el hombre como para la mujer, y dependerá, además, de la edad que tengan.

Señaló que el incentivo está en que, cuando la Isapre afilie a una mujer en edad fértil, va a recibir una compensación, esto es, un pago adicional por parte del Fondo de Compensación, porque la mujer con estas características cuesta más que el promedio. La Isapre ya no tendrá necesidad de excluirla, porque va a recibir la plata correspondiente al gasto esperado de la mujer, y no se verá en la necesidad de cobrar un precio mayor, porque eso no se va a permitir, en razón de que será compensado por parte del Fondo de Compensación Solidario.

Hizo presente que el pago se efectuará en relación con el gasto efectivamente realizado y que lo mostrado en los gráficos responde a datos estadísticos de la Superintendencia de Isapres. Se están realizando estudios para determinar las diferencias para el Régimen de Garantías en las distintas edades. Es decir, las compensaciones y la tabla de riesgo del Fondo de Compensación Solidario van a ser distintas, serán determinadas por el Ministerio de Salud y, obviamente, reflejarán la realidad.

El Fondo de Compensación Solidario también permitirá aumentar la solidaridad entre sanos y enfermos, ya que los recursos se repartirán entre toda la población y no sólo al interior de cada Isapre. Por su parte, las compensaciones se producen desde seguros que tienen personas de bajo riesgo a las que han afiliado personas mayores y otras de mayor gasto esperado en salud. Por último, el Fondo tiene como objetivo compensar a aquel seguro que tiene la obligación legal a afiliarse a todos los que rechazan las Isapres, es decir, al Fonasa.

La función del Fondo de Compensación es la de compensar a los seguros que afilian a individuos cuyo gasto esperado en salud es mayor que el promedio.

El Fonasa y las Isapres deberán contribuir al Fondo de Compensación Solidario en un monto equivalente a la Prima Universal por cada uno de sus beneficiarios. La Prima Universal es el costo estimado del Régimen de Garantías en Salud para todos los beneficiarios, es decir, es el promedio en consideración a la población beneficiaria y a sus características de sexo y edad.

El Fondo de Compensación Solidario redistribuirá mensualmente los recursos a las Isapres y al Fonasa, según la estructura de riesgo sanitaria de sus respectivos beneficiarios. El riesgo se determinará, al menos, en base a las variables de sexo y de edad.

El aporte al Fondo de Compensación será en base a los aportes para salud. La obligación de los cotizantes seguirá siendo la que tienen actualmente, que es cotizar el 7% de sus ingresos, y lo ingresarán o a las Isapres o al Fonasa. Las Isapres y el Fonasa tomarán el número de beneficiarios que tenga cada una de estas instituciones y lo multiplicarán por la prima universal y en ese monto contribuirán al Fondo por cada uno de sus beneficiarios. A su vez, el Fondo de Compensación distribuirá los recursos que reciba, en base al número de beneficiarios de cada entidad aportante pero tomando en cuenta, además, la composición de sexo y edad de la población afiliada a cada institución.

En definitiva, las Isapres contribuirán en un monto mayor que el que recibirán. La diferencia es la que recibirá el Fonasa en razón de que tiene como beneficiaria a una población con mayor riesgo. El Fondo de Compensación cubrirá la brecha entre lo que pagan estas personas y lo que le cuesta a la Isapre el Régimen de Garantías. Así, esta Institución cobrará menos de lo que está cobrando ahora a los individuos de mayor riesgo. Esa es la lógica del Fondo. En este momento, la Isapre le cobra a la persona ese precio mayor. Con el Fondo, no se lo cobrará, ya que el Fondo efectuará la compensación por esa diferencia de mayor gasto esperado.

El Fondo de Compensación Solidario permite también que el Fonasa sea compensado por las Isapres por el mayor costo promedio de su cartera, en la medida en que este sistema reduzca los incentivos para discriminar

los riesgos. Si la iniciativa no surte efecto y el Fonasa continúa siendo el receptor de la población de mayor riesgo, será compensado por asumir a esa población.

Dando respuesta a una consulta, precisó que este sistema ha sido pensado sólo para las prestaciones del Régimen en Garantías y está regulando, además, la modalidad de libre elección y el subsidio por incapacidad laboral. Actualmente, por lo que se discrimina es, básicamente, por el parto y por las variables de sexo y edad, que han sido las consideradas para determinar la compensación.

En definitiva, la discriminación se produce porque no existe un Fondo de Compensación y, además, porque no se cuenta con un plan estandarizado que sea comparable, ya que las Isapres tienen vigentes más de 40 mil planes distintos. Una compensación se debe hacer en base a algo que estén otorgando a todos por igual.

Artículo 29, que pasa a ser 17.

Crea el Fondo de Compensación Solidario, el que será administrado por el Ministerio de Salud.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación para sustituir la frase “el que será” por “entre Instituciones de Salud Previsional, que será supervisado y”.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) estimó que la indicación es inadmisibles, ya que está determinando funciones del Ministerio de Salud y tiene implicancias financieras, ambas materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

En el debate se discrepó de la apreciación del Ministro por cuanto no se agrega una nueva función al Ministerio de Salud, salvo la que está considerada en el propio proyecto en discusión y, además, se precisó que no se está hablando de fondos públicos, sino que se hace referencia estrictamente a cotizaciones de los usuarios y cotizantes de las Isapres.

La indicación tiene por objeto señalar que ante la evidencia que de que las Instituciones de Salud Previsional discriminan a las mujeres en edad fértil y a los adultos mayores, lo que se desea es que la solución que se aplique esté focalizada en donde se produjo el problema, esto es, en las Isapres, de modo que exista entre ellas un Fondo de Compensación, que se formará con las propias cotizaciones de los usuarios y que será administrado por el Ministerio de Salud, tal como lo propone este artículo.

Se insistió en que la indicación hace efectivo el principio de la solidaridad al interior del sistema privado de salud, para lo cual se crea, precisamente, el Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional. Se agregó que la solidaridad en el sector público existe. Ella podría ser perfeccionada si los recursos del sector público se distribuyeran según riesgo sanitario, con lo cual se estaría cumpliendo con el objetivo fundamental de la Reforma, el cual que la atención de salud se otorgue según el riesgo de enfermar y no según el dinero que se posea. Por lo mismo, se estima básico y fundamental que el Fondo de Compensación Solidario no involucre traspaso de fondos públicos hacia el sector privado.

El Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) señaló que no se está frente a materia de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República, por cuanto se trata de fondos privados y no se están otorgando nuevas atribuciones al Ministerio de Salud, por lo que declaró admisible la indicación.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 30, que pasa a ser 18.

Dispone que el Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación para suprimir la frase “y el Fondo Nacional de Salud”.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos**.

Artículo 31, que pasa a ser 19.

El inciso primero establece que el Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

El inciso segundo señala que tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación al inciso primero, para suprimir la frase “y del Fondo Nacional de Salud”.

Sometido a votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos**.

Artículo 32, que pasa a ser 20.

El inciso primero dispone que, para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo y edad. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El inciso segundo establece que las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Aguiló, Ojeda y Rossi, para agregar, continuación de las palabras “sexo y edad”, la frase “situación socioeconómica”, y
2. De los Diputados Accorsi y Palma, para agregar, a continuación de las palabras “sexo y edad” la frase “condiciones geográficas y medioambientales”.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) hizo presente que no existen estudios que permitan validar los indicadores a que aluden los Diputados.

Puesto en votación el artículo con la indicación signada con el número 1, fue **aprobado por mayoría de votos**.

Sometida a votación la indicación signada con el número 2, fue **aprobada por unanimidad**.

Artículo 33, que pasa a ser 21.

Establece que, para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres y de la Superintendencia de Garantías en Salud, respectivamente, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.

Asimismo, las Superintendencias indicadas en el inciso precedente fiscalizarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Título.

Los Diputados Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi formularon indicación al inciso primero, para suprimir las frases “y el Fondo Nacional de Salud” y “y de la Superintendencia de Garantías de Salud, respectivamente”.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por unanimidad.**

Artículo 34, que pasa a ser 22.

Establece que los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

Puesto en votación el artículo, fue **aprobado por unanimidad.**

TÍTULO V DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

El señor Tockman (asesor del Ministerio de Hacienda) expresa que el subsidio maternal y de enfermedad grave del niño menor de un año consiste en mantener el 100% de la remuneración o renta imponible de la trabajadora por el período que goce de descanso, correspondiéndole seis semanas de prenatal y doce de posnatal, o cuando deba ausentarse por enfermedad grave del niño menor de un año, con tope de 60 unidades de fomento mensuales, con el carácter de irrenunciable.

En el seno de la Comisión se destacó que este Título en uno de las más importantes de esta reforma, ya que aquí están involucrados dos tercios de todos los recursos que están considerados para la reforma la que cuando entre en régimen va a requerir un financiamiento de 150 mil millones de pesos. Este subsidio, pésimamente focalizado, le implica gastos al erario nacional por 92 mil millones de pesos.

Se hizo presente que se está hablando, además, de un subsidio que implica una cantidad significativa de recursos que se gasta en los dos quintiles de más altos ingresos del país. Recuerda que existen estudios que señalan que nuestro país está entre los diez que presentan mayores problemas de distribución del ingreso.

Asimismo, se consideró que los antecedentes que ha proporcionado el señor Tockman hacen obligatorio, desde los puntos de vista económico, de la equidad sanitaria y, también, ético y moral, aprobar las disposiciones contenidas en este Título, que cambian radicalmente la forma en que se está financiando actualmente el subsidio maternal.

Se insistió en que todas las mujeres que trabajan y que sean beneficiarias del Fonasa o de una Isapre van a requerir en algún momento de su vida el subsidio pre y posnatal o tendrán que dejar de trabajar para atender alguna enfermedad grave de su hijo menor de un año y seguirán recibiendo su remuneración. Lo único que es nuevo en esta materia es el financiamiento de ese subsidio, que será logrado con la cotización de todos los chilenos.

Este tipo de financiamiento es equitativo desde el punto de vista del genero. Por primera vez, se propone que una condición propia de la madre, cual es su embarazo, sea financiado por hombres y mujeres; pero, al mismo tiempo, se sugiere que esos recursos sean reunidos en un fondo maternal solidario con tres fuentes, que sea contributivo y que una de las fuentes sea proporcional a los ingresos de las personas. Es decir, se pretende que imponga una cantidad mayor quien tenga más ingresos, con lo cual se da un sentido de equidad desde el punto de vista de los ingresos, que es lo que se está buscando.

Se enfatizó que en este Título se cumplen todos los requisitos que debe tener una reforma equitativa, solidaria, que hace equidad de género, que focaliza bien los recursos, que le pide una contribución mayor a la gente que tiene más altos ingresos y que focaliza esos recursos en las madres que van a tener necesidad de un financiamiento para su subsidio pre y posnatal.

Se consultó a cuánto ascenderían el aporte fiscal y el Subsidio Compensatorio de los Aportes,

El señor Crispi (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que el 0,6% al quedar establecido por ley como un porcentaje fijo, no permite asegurar con absoluta certeza que ese monto alcanzaría a cubrir las necesidades que efectivamente surjan por efectos del permiso de maternidad. Por tanto, por un mínimo principio presupuestario, debe existir la contingencia adecuada para hacerse cargo del hecho de que la cotización no alcance a cubrir el subsidio, de manera que los derechos de las mujeres queden resguardados de esa forma, independientemente de que la cotización del 0,6% no fuera suficiente para cubrirlos.

En definitiva, precisa que el aporte fiscal será variable y para enterar el monto del subsidio.

Sobre el Subsidio Compensatorio de los Aportes, a que alude la letra c) del artículo 36, expresó que su objetivo es darle aun mayor progresividad a la forma de financiamiento de este subsidio, de manera tal de resguardar que aquellas personas que reciban una renta imponible menor a los 200 mil pesos no tengan que cotizar por este subsidio y que aquellos cotizantes que tienen rentas entre 200 y 400 mil pesos sólo coticen parcialmente. Por tanto, en este Fondo Maternal Solidario, el Estado, además, entregará un aporte para compensar a los de menores rentas.

En el debate, se destacó que con este Fondo se está creando una política del Estado en torno a la maternidad y que aquí no se pretende beneficiar a unos en perjuicio de otros, sino que considerar la maternidad como un bien social.

En todo caso, se estima que debe buscarse un equilibrio, ya que no se trata de castigar a los que tienen un derecho adquirido, como muchas mujeres de clase media que tienen ese beneficio, todo ello, manteniendo los criterios de focalización.

Finalmente, se consultó a cuanto ascenderá el monto de los aportes del 0,6%.

El señor Tockman (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que, tal como aparece en el informe financiero de este proyecto, el monto es de 49 mil millones de pesos.

Artículo 35, que pasa a ser 23.

Crea el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 36, que pasa a ser 24.

Establece que el Fondo Maternal Solidario se constituirá:

- a) Con el 0,6% de la remuneración, renta o pensión imponible devengada de cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud;
- b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y
- c) Con el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, a que se refiere el Título VI de esta ley.

Se formularon las siguientes indicaciones.

1. Del Ejecutivo, **ad referéndum**, para sustituir las letra a) y c).

"a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento."

"c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, a que se refiere el Título VI de esta ley."

2. De los Diputados Accorsi, Palma y Robles, para agregar las siguientes letras:

d) Con el 0,3% adicional de las cotizaciones masculinas de las remuneración, renta o pensión imponible y devengada de cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud.

e) Con el 0,3% de aporte de los empleadores por cada uno de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación signada con el número 2.

Sometido a votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 37, que pasa a ser 25.

Dispone que con cargo al Fondo Maternal Solidario, la Superintendencia de Seguridad Social pagará, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, los gastos que efectúen por los subsidios a que den lugar el descanso de maternidad, establecido en el inciso primero del artículo 195 y el permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año, establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo.

El Ejecutivo, formuló indicación, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 37.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y el permiso por la enfermedad grave del niño menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de

acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las Isapres, deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezca la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes."

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación tiene por objeto corregir un error que existe en el artículo del proyecto que señala que los fondos deben ser transferidos al Fondo Nacional de Salud y a la Isapres. La transferencia de los fondos debe hacerse a los entes pagadores.

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Artículo 38, que pasa a ser 26.

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios de que trata este Título se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituir la frase "de que trata este Título" por "y aportes de que trata el artículo anterior".

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 39, que pasa a ser 27.

Señala que los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Trabajo y Previsión Social.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituir las expresiones "Los reglamentos" por "El reglamento" y "deberán" por "deberá".

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 40, que pasa a ser 28.

Establece que el aporte fiscal de que trata este artículo se pagará con cargo al presupuesto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y será concedido y pagado conforme a las condiciones, procedimientos y plazos que fije el reglamento.

El Ejecutivo formuló indicación, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 40.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior al que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes."

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 40 bis, nuevo.

Los Diputados Accorsi y Robles formularon indicación para agregar el siguiente artículo 40 bis, nuevo:

“Artículo 40 bis.- La duración del reposo posnatal será de seis meses.”

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que comparte la intención de los autores de la indicación, pero que como ella irroga gasto fiscal, debe ser analizada en conjunto con otras materias, como las licencias médicas. Una vez que se despache el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud, se compromete a entrar en el estudio de esta materia.

En la Comisión se recordó que existe un proyecto de acuerdo de la H. Cámara en relación con este tema. Se cree que existe el deber de introducir el tema para su discusión.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

TÍTULO VI
DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL
SOLIDARIO

Artículo 41, que pasa a ser 29.

El inciso primero crea el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles, compensándolos por la obligación, definida en el Título V, de aportar al Fondo Maternal Solidario.

El inciso segundo dispone que el monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresada en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento no tendrán derecho a este Subsidio.

El inciso final dispone que para efectos del presente artículo se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

El Ejecutivo formuló indicación, al inciso primero, para suprimir la frase que comienza con la palabra "compensándolos" y termina con la palabra "Solidario" y la coma (,) que le antecede.

El doctor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la indicación tiene por objeto precisar la norma, evitando cualquier problema posterior de interpretación.

El señor Crispi (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que en el artículo donde se define el aporte al Fondo de Compensación se dice

que los aportantes son las instituciones. Al señalar "compensándolos", se produce una contradicción.

Respecto de los guarismos, señala que aquellos cotizantes con rentas menores a 12 unidades de fomento, alrededor de 200 mil pesos, recibirán una compensación por el 0,6% que tienen que cotizar, a fin de que no se vean afectados sus planes de salud por efectos de esa cotización y que aquellos que tengan rentas entre 200 mil y 400 mil pesos, 24,5 unidades de fomento, tendrán una compensación parcial. Acota que los guarismos constituyen parámetros de una recta que va entre 200 mil pesos, que recibe el 100% de subsidio, y 400 mil pesos que no recibe subsidio.

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Artículo 42, que pasa a ser 30.

Establece que el Subsidio se pagará con cargo al presupuesto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y será concedido, fiscalizado y enterado al Fondo Maternal Solidario por la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a las condiciones, procedimientos y plazos que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

El Ejecutivo, formuló indicación para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 42.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda."

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Disposiciones transitorias.

Artículo primero.

Faculta al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Garantías en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán considerar criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los

estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán comprender, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisición y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o en parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

Puesto en votación el artículo **fue rechazado por unanimidad.**

Artículo segundo, que pasa a ser primero.

El inciso primero establece que el primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen. Con todo, el reglamento del referido Consejo será publicado una vez que haya entrado en vigencia el decreto con fuerza de ley a que se refiere el artículo precedente.

El inciso segundo señala que el Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

El inciso tercero dispone que los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen, deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Los Diputados Aguiló, Ojeda y Rossi, formularon indicación para suprimir la frase final del inciso primero.

Puesto en votación el artículo con la indicación, fue **aprobado por mayoría de votos.**

Artículo tercero.

Establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9° de la presente ley, el Presidente de la República, al momento de designar los miembros del primer Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, determinará cinco consejeros que permanecerán tres años en sus cargos.

El Diputado señor Cornejo (Presidente) hizo presente que esta disposición ya no tiene aplicación por cuanto la designación de los miembros del Consejo cambió en forma sustancial.

Puesto en votación el artículo, fue **rechazado por unanimidad**.

Artículo cuarto, nuevo, que pasa ser segundo.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar, a continuación del artículo tercero transitorio, el siguiente artículo cuarto, nuevo:

"Artículo cuarto.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud."

Puesto en votación la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos**.

Artículo tercero, nuevo

El Ejecutivo formuló indicación, para agregar, a continuación del artículo 3° transitorio, el siguiente artículo transitorio:

"Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N° 18.418 y sus modificaciones que este último fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N°1.263 de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada."

Puesta en votación la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos**.

vi. VI.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.

Para efectos reglamentarios, se hace presente que las indicaciones presentadas a este artículo y que no fueron votadas son las siguientes:

a) Indicaciones rechazadas

Artículo 1°.

1. Del Diputado señor Accorsi, Girardi y Palma, para sustituirlo, por el siguiente:

"Artículo 1°.- La presente ley establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante el Sistema, que incluye las acciones de Salud Pública y las demás prestaciones a las que tienen derecho los beneficiarios de las leyes 18.469 y 18.933.

El Sistema, será formulado por el Ministerio de Salud de acuerdo al diagnóstico de salud del país y contendrá las prioridades sanitarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población".

Artículo 2°.

1. Del Diputado Accorsi, para sustituirlo, por el siguiente:

"Artículo 2°.- El Sistema es un instrumento de planificación y contemplará un régimen de garantías en salud que es parte del sistema, el que se elaborará de acuerdo a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas, y a los recursos de que disponga el país."

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria que será aprobado por ley. El proyecto de Régimen y los de sus modificaciones deberán ser elaborados por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país.”

Artículo 3°.

- De los Diputados Accorsi y Robles, para:

a) Intercalar entre la expresión “asociados a ella” y de “de carácter promocional” la siguiente oración “con criterios de salud pública y considerando el diagnóstico de salud del país”

b) Sustituir las palabras “Fondo Nacional de Salud” por “Sistema Público de Salud”.

Artículo 4°.

- De los Diputados Accorsi, Bayo y Palma, al inciso tercero, para intercalar entre las palabras “calidad” y “deberán” la palabra “técnica” y sustituir la frase “ la evidencia científica” por “los conocimientos y experiencias de nivel mundial”.

Artículo 5°.

- Del Diputado Accorsi, inciso primero, letra b) para intercalar entre la palabra “Estándar” y la preposición “que” la palabra “técnico” y

Artículo 13.

1. Del Diputado Accorsi para sustituir el punto (.) por una coma (,) y agregar la frase: “como por otras instituciones que la ley señale o cree para estos efectos.”

2. Del Diputado Aguiló para suprimir el inciso tercero.

Artículo 14, nuevo.

1. Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo,

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud, para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.” ;

Artículo 25, que pasa a ser 14.

Al N° 2, que pasa a ser 4.

- Del Ejecutivo, para sustituir la letra c) por la siguiente:

“c) Sustitúyase, en el inciso cuarto, la expresión “Los beneficiarios”, con que se inicia el inciso, por lo siguiente: “Sin perjuicio de las normas de acceso que determine el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios”.

Al N° 6, nuevo.

- De los Diputados Accorsi, Aguiló y Robles, para rechazarlo.

Al N° 4, que pasa a ser 8.

.- De los Diputado Accorsi, Aguiló y Robles, para modificar la letra b) de la indicación del Ejecutivo, en el siguiente sentido, sustituir la palabra “otorgar” por “financiar”.

b) Indicaciones inadmisibles

Artículo 6°.

- De los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Ojeda, Robles y Rossi, para agregar, a continuación del inciso tercero los siguientes incisos cuarto y quinto nuevos:

“El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad y pobreza. Los referidos cálculos podrán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”

Artículo 8°, nuevo.

- Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente artículo 8°, nuevo:

“Artículo 8°.- Todas las demás acciones de salud, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que deba prestar el Sistema Nacional de Servicios de Salud y demás organismos, como los establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000, del Ministerio de Salud u otros que hayan celebrado convenios con algún Servicio de Salud, se encuentren asimilados a los mismos o ejecuten por cualquier título acciones de las mencionadas por cualquiera de los organismos referidos, deberán ser financiadas por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a sus costos reales, los que serán definidos anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

Del mismo modo, dicho Consejo deberá definir los criterios y parámetros técnicos, sanitarios, médicos y económicos relacionados con la calidad de tales acciones y que deberán observarse respecto de todas ellas.”

Artículo 14.nuevo.

1. De los Diputados Accorsi, Ojeda, Olivares y Robles, para intercalar, el siguiente artículo 14 nuevo:

“Artículo 14.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional, para asegurar que éste financie el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a dicho Fondo que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud o cuyas cotizaciones no cubran, para si o sus cargas, las necesidades del Régimen de Garantías en Salud.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios a que hace referencia el inciso precedente.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.”

2. de la Diputada Cristi y los Diputados Bayo, Forni, Masferrer, Melero y Palma, para incorporar el siguiente artículo 14, nuevo,

“Artículo 14.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen de Garantías en Salud, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones se dejará constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo a lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer, conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todo los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”

- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles para sustituir el Título II, por el siguiente:

“TÍTULO II
DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SALUD

Párrafo 1°

De la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud

“Artículo 15.- Créase la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, en adelante “la Defensoría”, organismo fundamentalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Justicia.

Corresponderá a la Defensoría, cautelar los derechos de las personas en salud, establecidos en las leyes relacionadas con el ámbito de la salud, especialmente la ley N° 18.469, la ley N° 18.933, la presente norma y leyes que se dicten y que digan relación con la salud de las personas.”

“Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Defensor de derechos en Salud, será el Jefe Superior del organismo, y tendrá la representación judicial y extrajudicial del mismo.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Defensoría, entre otras:

1. Recibir los reclamos que interpongan las personas que se estimen amenazados, perturbados o privados del legítimo ejercicio de algún derecho consagrado en las leyes citadas en el artículo 15 precedente.

2. Conocer, tramitar y resolver las reclamaciones mencionadas en el numeral anterior, conforme al procedimiento contemplado en el Estatuto Orgánico de la Defensoría.

3. Especialmente deberá conocer, tramitar y resolver las reclamaciones de las personas concernientes al acceso; a la oportunidad, a la calidad y a la garantía de financiamiento de las prestaciones en salud; así como al trato y a la información recibida con ocasión de una atención en salud.

4. Mantener un registro actualizado de todas las normas legales que contemplen los derechos de las personas en salud así como un registro jurisprudencial de carácter judicial y administrativo que digan relación con pronunciamiento que incidan o digan relación con los derechos de las personas en salud.

5. Difundir periódicamente información pública en relación con los derechos en salud, así como la doctrina creada en las resoluciones de las reclamaciones de dicho organismo.

6. Informar periódicamente a los organismos de salud públicos y privados, así como a las asociaciones gremiales de personas relacionadas con salud, de las normas y doctrina relativas a los derechos de las personas en salud.

7. Requerir de oficio, los antecedentes que estime necesarios, en el ámbito de su competencia, y sin perjuicio de la sujeción a la ley N° 19.628, a cualquier entidad y persona que preste atenciones en salud, las financie o actúe como prestadores, indiferentemente de su calidad o condición jurídica.

8. Dictar resoluciones de cumplimiento obligatorio en relación con los reclamos conocidos, tramitados y resueltos por este organismo, cualquiera sea la autoridad pública, órgano, personal natural o empresa afectada.

9. Toda otra que señalen las leyes.

Las resoluciones de la Defensoría en el ámbito de los reclamos, tendrán por objeto hacer cumplir los derechos de las personas en salud, en forma obligatoria.”

“Artículo 18. Toda personas beneficiaria de las leyes N° 18.469, N° 18.933, de esta ley y de cualquiera otra que se dicte que cree derechos para las personas en salud, o que modifiquen, o que complementen los existentes, podrá recurrir ante la Defensoría frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de las diferentes instituciones o personas que actúan en salud, sean seguros privados, Fondo Nacional de Salud, prestadores públicos o privados u otros relacionados, con el objeto que tal institución proceda en un trámite breve y sumario a investigar los antecedentes y resolver tal reclamo, haciendo cumplir obligatoriamente lo resuelto, y en su caso, restablecer los derechos del reclamantes.”

“Artículo 19. Tanto la organización de la Defensoría como su plante de personal, el régimen remuneracional de sus directivos y subalternos así como sus atribuciones, facultades, funciones y obligaciones serán reguladas y precisadas en su Estatuto Orgánico.”

“Artículo 20.- En ningún caso, la interposición de un reclamo ante la Defensoría, limita el o los derechos de los beneficiarios de salud a ejercer las acciones judiciales, de cualquier naturaleza, o administrativas que les reconoce el ordenamiento jurídico.”

- Para eliminar los artículo 21, 22 y 23.

- Al epígrafe del Párrafo 2°, para intercalar entre la expresión “de la Ley” y el guarismo “18.933, el guarismo y conjunción “18.469 y

- Para intercalar el siguiente artículo 21, nuevo:

“Artículo 21.- Corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud fiscalizar y controlar al Fondo Nacional de Salud en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se financie a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”

- Para sustituir el artículo 1° transitorio, por el siguiente :

“Artículo 1.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, para dictar y regular, mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministro de Justicia, el que también deberá ser suscrito por el Ministro de Hacienda, el Estatuto Orgánico de la Defensoría de los Derechos de las Personas en Salud, creada en la presente ley.

El Presidente de la República, en e ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1. Responsabilidad del jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2. Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3. Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Régimen de administración aplicable a todos los trabajadores del organismos, el que podrá ser diferente en atención a los

estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5. Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar en todos caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6. Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose en todo caso a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7. Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8. Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9. Regular el procedimiento de reclamos, la tramitación y resolución de éstos, así como el cumplimiento obligatorio de las resoluciones, pudiendo establecer multas, desde 0,5 a 100 unidades de fomento en caso de incumplimiento, asimismo, duplicarlas en caso de resistencias a cumplir lo resuelto; así también, regular los recursos en contra de las medidas de multa ante la Corte de Apelaciones respectiva.”

- De los Diputados Bayo, Hidalgo y Palma, para sustituir el Título II por el siguiente:

“TITULO II DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

“Artículo 15: Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia, la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la Ley 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país.”

“Artículo 16.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.”

“Artículo 17.- Serán funciones específicas de la Superintendencias, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece las leyes y aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar porque las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la

Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud, y sus contratos con los afiliados.”

“Artículo 18.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como arbitro sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar porque se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general, aplicación el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado y aun representante de Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional, a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitan para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.”

“Artículo 19.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedentes que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado.

Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas, deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.”

“Artículo 20.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente a Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de una multa fluctuará entre 1 a 5 unidades tributarias mensuales podrá ser reiterada una vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.”

“Artículo 21.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.”

“Artículo 22.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de 5 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de 5 días hábiles, desde que se interponga.”

“Artículo 23.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen

multa, u ordenen la devolución de sumas dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En' este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personales constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación a efectuar consignaciones judiciales."

Artículo 26, que pasa a ser 15.

Al N° 2.

1.- Del Diputado señor Accorsi, para agregar la siguiente letra a) nueva,

"a) Agrégase, en el numeral 3, a continuación del párrafo segundo, los siguientes párrafos nuevos.

"Asimismo, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional no puedan impedir, restringir o entorpecer el derecho de sus afiliados y beneficiarios a la libre elección del establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlos y el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en los Roles de Prestadores de las Instituciones de Salud Previsional que otorgarán las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

Más aún, fiscalizar las relaciones entre las Instituciones de Salud Previsional y los prestadores, cautelando el derecho de éstos a desarrollar su actividad como prestador en la medida que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva."

2. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente número 15, nuevo.

"15) Por último, fiscalizar que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) no ejecuten hechos o celebren actos o convenciones que tiendan a impedir, restringir o entorpecer la libre competencia entre los prestadores."

Al N° 3, que pasa a ser 4.

- Del Ejecutivo, en el artículo 33,

- Para intercalar, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de los prestadores contemplados en cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las instituciones y los prestadores relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios bajo la modalidad a que se refiere el inciso anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

- Sustituir, en el párrafo primero de la letra d), la primera oración que termina con la palabra "anuales", por la siguiente: "Precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios, a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias."

Al N° 4.

- Indicación del Ejecutivo, para sustituir el numeral 4, por el siguiente:

"4.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la Ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra d) del artículo 33.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto

El precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios que regula el inciso primero de este artículo, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud, un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

Al N° 6, nuevo.

- Del Ejecutivo, para agregar, a continuación del numeral 4, que ha pasado a ser 5, el siguiente numeral 6, nuevo, pasando el actual numeral 5, a ser numeral 7:

"6.- Agrégase, en el inciso primero del artículo 34, antes del punto aparte (.), la siguiente expresión, precedida de una coma (,): "siempre que no se trate de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 31 bis".

Al N°, 5, que pasaría a ser 7.

- Del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 5, que ha pasado a ser numeral 7, por el siguiente:

"7.- En el artículo 38:

a) Modifícase el inciso segundo, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el

contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

ii) Elimínase la oración que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

iii) Elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.".

b) Modifícase el inciso tercero, del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato,", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Sustitúyanse las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

iii) Intercálase entre las palabras "carta certificada" y "con" la palabra "expedida".

vii. VII.- TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN.

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

viii. PROYECTO DE LEY

TÍTULO I DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

Párrafo 1° Disposiciones Generales

Artículo 1°.- La presente ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus

respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Párrafo 2°

De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueran necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que consideren, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del

mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando a lo menos las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud, que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dicho Régimen.

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.
3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será

considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los Consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los entregados.

Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de Consejeros necesarios para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; para dar cuenta pública de sus sesiones; de los criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

Párrafo 4°
De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones al Régimen incorporarán progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación al Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Párrafo 5°
De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula la presente ley a sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

TÍTULO II
DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 14.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.469:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

"Artículo 7° bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

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

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

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

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

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

3.- En el artículo 8°:

a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

4.- En el artículo 11:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."

b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

5.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."

8.- En el artículo 25:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

9.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

Artículo 15.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33 la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:

"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional, dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:

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

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

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

Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.

Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional, señaladas en el artículo 31."

4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."

b) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

Artículo 16.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley Nº 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley Nº 18.948; ley Nº 19.086; ley Nº 19.123; ley Nº 19.779; decreto ley Nº 1.757, de 1977; decreto ley Nº 1.772, de 1977; y decreto ley Nº 2.859, de 1979.

TÍTULO IV DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

Artículo 17.- Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, el que será supervisado y administrado por el Ministerio de Salud.

Artículo 18.- El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional, por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 19.- El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que corresponda a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 20.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo, edad, situación socioeconómica, condiciones geográficas y medioambientales. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Con todo, las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.

Artículo 21.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.

Asimismo, la Superintendencia indicada en el inciso precedente fiscalizará el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Título.

Artículo 22.- Los reglamentos a que se refiere el presente Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO V DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 23.- Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 24.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI de esta ley.

Artículo 25.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI de esta ley, los que, en el caso de las Isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata, se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 27.- El reglamento a que se refiere el presente Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Trabajo y Previsión Social.

Artículo 28.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI de esta ley y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO VI

DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 29.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior

al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos del presente artículo se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

Artículo 30.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

ix.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo segundo.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V de esta ley será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Se designó **DIPUTADO INFORMANTE** al señor **CORNEJO** don Patricio.

SALA DE LA COMISIÓN, a 13 de noviembre de 2002.

Acordado en sesiones de fecha 18 de junio; 2, 3, 9, 16 y 30 de julio; 6, 13 y 20 de agosto; 3, 10 y 11 de septiembre; 1, 8, 15 y 29 de octubre, y 5, 12 y 13 de noviembre, con asistencia del Diputado señor Cornejo, don Patricio (Presidente) y con la asistencia de la Diputada señora Cristi, doña María Angélica y de los Diputados señores Accorsi, don Enrique; Aguiló, don Sergio; Bayo, don Francisco; Forni, don Marcelo; Girardi, don Guido; Masferrer, don Juan; Melero, don Patricio; Ojeda, don Sergio; Olivares, don Carlos; Palma, don Osvaldo, y Robles don Alberto.

Asistieron, además, las Diputadas señoras Mella, doña María Eugenia y Saa, doña María Antonieta y los Diputados señores Jarpa, don Carlos Abel; Letelier, don Felipe; Rossi, don Fulvio, y Tarud, don Jorge.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

I.- CONSTANCIAS.....	1
II. ANTECEDENTES.....	1
III. MINUTA DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	7
IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.....	9
IV. 1. EXPOSICIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, DOCTOR OSVALDO ARTAZA.....	9
IV. 2. EXPOSICIÓN DEL DOCTOR ÁLVARO ERAZO, DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA).....	13
IV. 3. EXPOSICIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.....	15
IV. 4. EXPOSICIÓN DEL SECRETARIO EJECUTIVO DE LA COMISIÓN DE REFORMA DE LA SALUD, DOCTOR HERNÁN SANDOVAL.....	16
IV. 5. EXPOSICIÓN EN REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD DEL DOCTOR CARLOS MONTOYA.....	17
IV. 6. EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE SALUBRIDAD, DOCTOR MARIANO REQUENA.....	20
IV. 7. EXPOSICIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA SOCIAL DEL INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO, SEÑOR RODRIGO CASTRO.....	21
IV. 8. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.....	24
IV. 9. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPALIZADA CONFUSAM, DOCTOR ESTEBAN MATURANA.....	26
IV. 10. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD, CONFENATS, SEÑOR JORGE ARAYA.....	29
IV. 11. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENPRUSS, SEÑOR JUAN DÍAZ.....	29
IV. 12. EXPOSICIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, FENTESS, SEÑOR JUAN RAPIMÁN.....	31
V.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.....	31
VI.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.....	98
VII.- TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN.....	109
PROYECTO DE LEY.....	109
DISPOSICIONES TRANSITORIAS.....	117