

**MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE  
DE LA REPUBLICA CON EL QUE SE  
INICIA UN PROYECTO DE LEY QUE  
ESTABLECE UN RÉGIMEN DE  
GARANTÍAS EN SALUD.**

---

SANTIAGO, 22 de mayo de 2002

**M E N S A J E N° 1-347/**

ØHonorable Cámara de Diputados:

**A S.E. EL** 1En uso de mis facultades  
**PRESIDENTE** constitucionales, vengo en proponer a esa  
**DE LA H.** H. Corporación un proyecto de ley que  
**CAMARA DE** tiene por objeto crear un Régimen de  
**DIPUTADOS.** Garantías en Salud.

**I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

2La salud es un producto de la vida en sociedad. Por ello, cada época y cada sociedad tienen su particular estado de salud, generado por la combinación de factores que hacen posible incrementar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos.

3La interacción de esos factores no ha sido históricamente dejada al azar, sino muy por el contrario, han sido políticas pro-activas de los gobiernos las que han permitido identificarlos, a fin de implementar acciones que permitan controlarlos.

4En nuestro país en particular, fue la decidida acción del Estado la que permitió alcanzar los indicadores de salud de los que hoy disfrutamos. Por lo mismo, debemos hacer un nuevo esfuerzo para satisfacer las necesidades crecientes que nuestra misma evolución ha generado.

#### **La década de los cincuenta.**

5Hace cincuenta años, Chile dio un gran salto con la creación del 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.

6En ese momento, el país supo definir sus prioridades sanitarias y ordenar sus recursos para proteger eficazmente la salud de la madre y el niño y controlar las enfermedades infecciosas. Como resultado de ello, hoy podemos exhibir las más bajas tasas de mortalidad infantil de la región y estamos cercanos a la eliminación efectiva de la tuberculosis, entre otros logros.

7La solidez y fortaleza del Servicio Nacional de Salud no solo permitió mejorar la salud de la población, sino que generó una profunda vinculación entre el quehacer sanitario y el respaldo ciudadano.

#### **La década de los ochenta.**

8A 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.

9Esta tendencia se agravó con la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que padeció el sector público durante este periodo. El promedio anual de la inversión sectorial en la década de los ochenta fue apenas de 8.089 millones de pesos.

#### **La década de los noventa.**

10En los años noventa se realizó un considerable esfuerzo de inversión para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública, en particular la hospitalaria. Estos recursos se destinaron preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban un mayor grado de deterioro de su infraestructura y una mayor vulnerabilidad médico social de su población beneficiaria. El promedio anual de inversión en los noventa fue de 46.729 millones de pesos, cifra seis veces mayor a la de la década anterior.

11Al mismo tiempo, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector y se completaron las dotaciones de profesionales, las que acusaban serios déficit.

### **La situación actual.**

12A pesar de estos ingentes esfuerzos en 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 una mejoría en la cobertura, en el trato y en la oportunidad, como en el sector privado, en que demandan una mayor protección de sus derechos. Por la otra, 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.

13La sociedad chilena no puede seguir tolerando que cada año 700 mujeres mueran de cáncer al útero, cuando una intervención oportuna les podría haber salvado la vida.

14Resulta también inaceptable que cada año mueran 2.000 mujeres de cáncer a la vesícula, enfermedad también prevenible y que 1.600 de ellas sean pobres y de baja instrucción.

15Tampoco se puede permitir que muchas mujeres que desarrollan un tumor mamario deban esperar demasiado tiempo para la confirmación del diagnóstico y tratamiento correspondiente, lo que disminuye significativamente sus posibilidades de sobrevivida.

16No se puede, tampoco, permitir que un accidente de tránsito o una enfermedad grave constituyan una causa de empobrecimiento de la familia, como sucede hoy en día con muchos de los beneficiarios del sistema privado, cuyas coberturas financieras resultan insuficientes para solventar los gastos asociados a estas patologías de alto costo.

17El dolor de tantas familias chilenas es la motivación para dar este nuevo gran impulso. La reforma al sistema de salud del país intenta responder a las necesidades y expectativas de la población, en un momento en el cual numerosos elementos aconsejan el rediseño de la institucionalidad vigente.

## **II. VALORES Y PRINCIPIOS QUE INFORMAN LA REFORMA A LA SALUD.**

18Los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma a la salud que estamos impulsando, pueden resumirse en los siguientes:

### **Derecho a la salud.**

19Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas.

20Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia,

preferencias sexuales o ingreso, 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 trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

21Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

### **Equidad en salud.**

22La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar.

23La 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.

24Hoy, en nuestro país, existen situaciones de desigualdad respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.

25La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.

26Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos.

27Así, la mortalidad infantil ha mostrado un sostenido descenso en las tasas, desde 32 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 10 por 1.000 nacidos vivos en 1998. Sin embargo, detrás de estas cifras se esconden grandes diferencias geográficas y por estrato socioeconómico, que resultan en brechas de equidad. Por ejemplo, un niño hijo de una madre sin instrucción, tiene un riesgo de morir en el primer año de vida 5 veces mayor que un hijo de una madre con instrucción; y se registran diferencias de hasta 15 veces en la mortalidad infantil de comunas urbanas de alto nivel socioeconómico con sus homónimas rurales y pobres.

### **Solidaridad en salud.**

28 Otro de los principios que inspiran la reforma es la solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.

29 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.

### **Eficiencia en Uso de Recursos.**

30 Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.

31 Es reconocido el esfuerzo de inversión fiscal que se ha realizado en la última década en el sistema de salud, destinado principalmente a recuperar la infraestructura pública, fortalecer la atención primaria y recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal del sector.

32 Sin embargo, existe evidencia que este esfuerzo podría haberse reflejado de manera más significativa en la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas a la ciudadanía. Existe, por lo tanto, un espacio para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, que se traduzca en una mejor atención médica y un mejor trato para la población.

33 Esta mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucran tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde es necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

34 En consecuencia, el compromiso de lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos implica un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, y va en directo beneficio de la salud de la población.

### **Participación social en salud.**

35 La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática.

36 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.

37Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas.

38La participación ciudadana debe comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud.

39La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma a la salud.

40Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes.

41Nuestro compromiso con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable.

### **III. FUNDAMENTOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LA REFORMA A LA SALUD.**

#### **Expectativas de la población.**

42La población, cada vez mejor educada e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud.

43Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobretodo, que se le resuelva su problema.

#### **Perfil epidemiológico y cambios demográficos.**

44Nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de ésta, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo.

45Esta transición forma parte de cambios sociales, económicos y culturales, insertos en un mundo globalizado.

46Lo anterior significa que coexisten problemas de salud de diversa índole. Por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra,

enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

47 Los siguientes ejemplos confirman la necesidad de un manejo diferente al de hoy para alcanzar las metas sanitarias que el país se ha propuesto.

#### **Enfermedades cardiovasculares.**

48 Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Chile (27,1% del total de las defunciones en 1998).

49 La hipertensión arterial afectaría al 18% de la población mayor de 20 años, esto es, más de 1.700.000 personas, de las cuales sólo un 10% de ese total es diagnosticada y un porcentaje aun menor adhiere a programas de control (Encuesta de Calidad de Vida y Salud, MINSAL-INE 2000).

50 El adecuado control de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y una dieta inadecuada, permitirá reducir la prevalencia de estas enfermedades. De esta misma forma, el acceso a intervenciones clínicas eficaces también es fundamental para mejorar la sobrevida.

#### **Cáncer.**

51 Cada día mueren alrededor de 50 chilenos por cáncer y cada año se producen alrededor de 36.000 hospitalizaciones por ésta enfermedad y se estima que anualmente se diagnostican más de 30.000 nuevos casos, de los cuales mueren más del 60%.

52 El cáncer ocupa el segundo lugar en las causas de muerte del país, con el 22% del total de las ocurridas el año 1998.

53 Tres de los cánceres que causan más muertes en las chilenas, cáncer de vesícula biliar, cáncer de mama y cáncer cervicouterino, tienen exámenes de detección precoz que permiten su prevención. Otros cánceres como los infantiles, incluyendo leucemia y linfoma, y el cáncer de testículo, tienen buen pronóstico con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

#### **Diabetes Mellitus.**

54 En Chile, el 3,2% de la población dice haber sido diagnosticado con esta enfermedad, porcentaje equivalente a más de 300.000 personas, según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud MINSAL-INE 2000, en tanto se estima que una cifra similar padece la enfermedad pero no ha sido diagnosticada y por lo tanto, enfrenta un mayor riesgo de presentar complicaciones.

55La diabetes representa la séptima causa de muerte en Chile, según datos del Ministerio de Salud de 1998, principalmente por la enfermedad cardiovascular asociada a la misma. Es, asimismo, la principal causa de amputación por causa no traumática y también una de las principales causas de ceguera y de insuficiencia renal crónica.

56Evitar que la diabetes derive en complicaciones graves requiere su detección precoz, control metabólico adecuado, desarrollo de hábitos saludables, todo lo cual se puede llevar a cabo en la Atención Primaria.

#### **Obsolescencia del modelo de atención de salud.**

57El nuevo perfil epidemiológico exige transformaciones y adaptaciones al actual modelo de atención, cuyo diseño fue concebido para una época con otras necesidades. Una expresión concreta de la limitada capacidad del sector público de 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 atendidos por una especialista.

58El 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 se hace insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de mejorar la salud de la población adulta y de tercera edad.

59Por otra parte, los esfuerzos realizados para fortalecer el nivel primario de atención han sido limitados, lo que se manifiesta en la baja capacidad para resolver los problemas emergentes que éste exhibe en la actualidad.

60El 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.

61Este modelo persigue maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante un uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen eficacia y efectividad científicamente demostrada.

62La modernización del modelo de atención implica también superar la actual fragmentación del sistema de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

#### **IV. MATERIAS QUE SE DEBEN ABORDAR EN LA REFORMA A LA SALUD.**

63Considerando estos hechos, valores y fundamentos, tenemos la convicción de la necesidad de llevar a cabo una reforma a la salud, la cual, necesariamente, es compleja, por cuanto se deben abordar un conjunto integral y coherente de materias,

algunas de las cuales requerirán de nuevas leyes o de modificaciones a las actuales. Para que esta reforma logre su desafío, es necesario asegurar la integralidad de sus componentes.

### **Definición de los Objetivos Nacionales de Salud.**

64La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población que se han señalado.

65En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

66En este sentido, creemos que las metas que nos debemos plantear para la década 2000 - 2010, deben orientarse a:

67a) Disminuir las desigualdades en salud.

68b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.

69c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

70d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

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

71El derecho a la salud, señalado como elemento esencial de la política de Gobierno, 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.

72Más adelante explicaremos en detalle esta materia, por cuanto el presente proyecto de ley, precisamente, aborda uno de los componentes del AUGE, que pretendemos instaurar en nuestro país, y que dice relación con el Régimen de Garantías en Salud.

73No obstante, es preciso, en todo caso, efectuar un par de reflexiones sobre la materia.

74En efecto, un sistema de salud existe para proteger la salud de las personas y para, en el evento que ella sea afectada, remediar o paliar sus efectos negativos.

75Desde 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).**

76El 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 otros condicionantes, y a promover la creación de condiciones saludables en la vivienda, la ciudad y el trabajo y a la adopción de comportamientos colectivos e individuales que mantengan sana a la población.

77Algunas acciones son de carácter colectivo o poblacional, como por ejemplo las acciones ambientales y la educación en salud, y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo las vacunas.

78El componente de Salud Pública se financia actualmente mediante aporte fiscal y es elaborado, evaluado y administrado por el Ministerio de Salud.

79Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones públicas y privadas, en una relación de complementariedad.

80Para 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).**

81Este segundo componente es el conjunto de enfermedades y condiciones de salud, priorizadas de acuerdo a la importancia sanitaria, efectividad del tratamiento, impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas.

82Para 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.

83No obstante, se hace necesario introducir a este componente un conjunto de perfeccionamientos, de modo de asegurar efectivamente su funcionamiento.

84Es así como se requiere de un Régimen de Garantías en Salud que establezca diferentes niveles de garantías, muchas de ellas explícitas en 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.

85Este 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.

86En el caso del Fondo Nacional de Salud, si la oferta pública no fuera suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes, dicha institución deberá comprar aquellas prestaciones necesarias en el sector privado.

87Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán entregar este componente sin discriminación de precios 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.

#### **Nuevo modelo de atención.**

88Una tercera materia a abordar en el proceso de reforma que proponemos, dice relación con el modelo de atención.

89Este modelo debe, en lo esencial, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y optimizar las intervenciones, en su eficiencia y eficacia.

90El nuevo modelo de atención 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; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; 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.

91Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutoria, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

92El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

93En 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 familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

#### **Recursos Humanos.**

94Una cuarta materia que debemos abordar es la relativa a los recursos humanos.

95En efecto, los trabajadores de la salud constituyen la pieza fundamental en que se apoya cualquier intento de reforma sectorial, tanto para el cambio en el modelo de atención como en el desarrollo de una orientación hacia el usuario.

96Contar 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.

97Tan importante como lo anterior, es dotar a los trabajadores del sector de un entorno laboral confortable y 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.

98Un renovado compromiso de los trabajadores del sector, llevará a profundizar un modelo laboral participativo, flexible, innovador y que estimule la creatividad y la calidad del servicio a entregar. Para ello será necesario el desarrollo de una política de personal al interior del sector público que dé cuenta de las particularidades del sector salud, combinando los requerimientos de organización y gestión local con la mantención de un sistema global.

99Se 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 con los nuevos perfiles epidemiológicos, las necesidades de la población y las metas planteadas.

#### **Autoridad Sanitaria.**

100Una quinta materia que debe revisarse, dice relación con la autoridad sanitaria.

101En efecto, 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.

102 Para lo anterior 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.

103 Así, concentrar al Ministerio en las tareas de rectoría y regulación, implica desligarlo de obligaciones vinculadas a la gestión del sistema público, que hoy ocupan gran parte de su quehacer, tanto a nivel del financiamiento como de las atenciones de salud.

104 La Autoridad Sanitaria, en consecuencia, deberá velar para que todos los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, estén acreditados en su capacidad de entregar una atención de calidad y sean complementarios para la mejor utilización de los recursos disponibles en el país.

#### **Financiamiento.**

105 Un elemento crucial en el éxito de la reforma, lo constituye su financiamiento.

106 Para tal efecto, se propondrá la creación de un Fondo Solidario, para financiar las cotizaciones de los indigentes en el Fondo Nacional de Salud. Este Fondo Solidario se financiará con recursos fiscales que provendrán de reasignaciones, mejoras en la gestión y focalización, crecimiento de la economía, e impuestos a los males. Esto último, además de tener un objetivo de recaudación solidario, es eficiente al desincentivar el consumo de productos dañinos para la salud de la población.

107 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. Se introduce, de este modo, un elemento de equidad, hoy ausente, entre beneficios y contribuciones.

#### **Mejoramientos de gestión.**

108 Finalmente, otra materia a abordar en la reforma a la salud que se busca, se refiere a las mejoras de gestión, lo que constituye una obligación moral del Estado, siendo su responsabilidad ante la ciudadanía asegurar el máximo de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

109 La eficiencia es hoy, más que nunca, un imperativo ético, ya que mientras mejor se utilicen los recursos disponibles, mayor cobertura y calidad otorgaremos a la población. Esto es

particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos en relación a la magnitud de las necesidades. En este sentido, tenemos que insistir en la eficiencia y en la necesidad de rendición de cuenta por parte de los directivos del sistema público de salud.

110 Por ello, entre otras medidas, se requiere:

111a) Que todos los incrementos de recursos que se destinen a los servicios de salud en los próximos años se efectúen de acuerdo a la demanda efectiva por prestaciones que éstos enfrenten.

112b) 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.

113c) 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.

114d) 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 entre el resto del personal se adecue a niveles normales.

115e) 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.

116f) 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.

117g) Que se establezca un riguroso sistema de control de gestión. Para ello, deben 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.

118h) 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.

#### **V. EL ITINERARIO LEGAL DE LA REFORMA.**

119 Como vemos, la reforma a la salud nos exigirá a todos y cada uno de quienes ejercemos la función pública, de nuestro mayor esfuerzo y dedicación, para obtener un sistema acorde con las necesidades del país.

120 En este sentido, resulta útil destacar que ya en el año 2001 presentamos a consideración de ese H. Congreso, un proyecto de ley denominado "De los Derechos y Deberes de las Personas en Salud", el cual pretende "empoderar" a las personas en su relación con el sistema de salud.

121 El segundo proyecto, que es el que en esta oportunidad presentamos, establece las bases para la aplicación de un instrumento que permita priorizar las actividades de salud, asignándoles garantías explícitas de acuerdo a su nivel de importancia para la salud de las personas y los objetivos sanitarios del país.

122 El cumplimiento de las garantías establecidas, va a requerir una nueva institucionalidad sectorial que permita una formulación precisa de las políticas de salud, normas e instrumentos de fiscalización.

123 Las iniciativas legales que se enviarán próximamente al H. Congreso Nacional, y que forman parte de una reforma integral, coherente e inseparable, serán las siguientes:

1241.- Proyecto de ley sobre 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.

1252.- Proyecto de ley que introduce diversas modificaciones a la Ley N° 18.933, toda vez que la comunidad nacional, a través del Poder Legislativo, ha demandado en reiteradas oportunidades una mayor regulación en el ámbito de la salud privada, otorgando mayores facultades de fiscalización a la Superintendencia del ramo y comprometiendo a éstas en una mayor integralidad en las atenciones de salud que entregan.

1263.- Iniciativas legales sobre Mejoras de Gestión, ya que urge contar con un sistema eficiente en el manejo de los recursos que sustente efectivamente la entrega de 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.

1274.- Iniciativas legales sobre 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.

## **VI. CONTENIDO DEL PROYECTO.**

128El presente proyecto de ley reafirma los valores sobre los cuales se construyó la estructura institucional de la salud pública chilena, adecuándola a los desafíos epidemiológicos y a las necesidades actuales de una población más informada, culta y exigente que hace 50 años, dotándola de derechos exigibles para hacer efectivas las garantías contenidas en esta iniciativa legal, las que sin lugar a dudas contribuirán a alcanzar mejores niveles de salud.

129Con este proyecto, estamos dando un paso trascendental en el camino para lograr las 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.

### **El Régimen de Garantías en Salud.**

130La presente iniciativa legal contempla los mecanismos legales necesarios para establecer e implementar el "Régimen de Garantías en Salud", que, en síntesis, implica dotar al Ministerio de Salud de las atribuciones para definir prioridades sanitarias y garantías explícitas.

131Resulta importante destacar que las garantías que se explicitarán de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, deberán ser iguales para los beneficiarios del sistema público y privado de salud, dando así un paso importante en la disminución de las brechas de equidad que hoy caracterizan al sistema de salud chileno en su conjunto.

### **Criterios para definir el Régimen.**

132La definición de prioridades deberá considerar, al menos, criterios de magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las acciones necesarias para su control disponibles en el país; la eficiencia de Fonasa e Isapres; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera; así como los valores sociales y culturales pertinentes.

### **El Consejo Consultivo.**

133En este proceso de priorización, se ha estimado necesario que participe la sociedad en su conjunto. Para ello, se

conforma un Consejo Consultivo encargado de esa tarea y que dé garantías de independencia e idoneidad y cuente con los mecanismos para recoger las inquietudes que al respecto pueda plantear la comunidad.

134El Consejo Consultivo estará integrado por nueve profesionales, nombrados por el Presidente de la República, de conocida trayectoria en el campo de la medicina, la salud pública, la economía y disciplinas relacionadas.

135La función principal del Consejo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión del Régimen que se crea.

**El Régimen de Garantías en Salud se establecerá en un decreto supremo.**

136Dada la constante evolución, tanto de las enfermedades y condiciones de salud, así como de los avances científicos, se ha estimado necesario que la definición de las patologías y de las prestaciones vinculadas con ellas, así como las garantías explícitas, sean definidas por decreto supremo.

137Lo anterior, permitirá reaccionar oportuna y rápidamente ante situaciones nuevas que se presenten, dando la flexibilidad necesaria para tales fines.

**El Régimen se revisará periódicamente.**

138Las enfermedades, prestaciones y garantías deberán ser revisadas obligatoriamente cada tres años, período de tiempo suficiente, tanto para incorporar nuevas tecnologías, como para analizar la evolución epidemiológica de la población.

139En todo caso, el proyecto permite que, en casos calificados, puedan hacerse revisiones antes de los tres años, para dar cuenta de imprevistos sanitarios que sean necesarios enfrentar.

**Otorgamiento de las prestaciones y garantías.**

140Por otro lado, el proyecto establece que, tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional, estarán obligados a otorgar las prestaciones y garantías que se definan, a todos los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

141Tal obligación, empero, no impide que el Fondo Nacional de Salud otorgue a sus beneficiarios otras prestaciones y beneficios complementarios, que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera que los establecidos en el Régimen que se crea.

142Lo mismo sucede en el caso de las Instituciones de Salud Previsional.

**La exigibilidad y protección de los derechos y garantías del Régimen.**

**Los derechos y garantías que se establecen en el Régimen serán exigibles.**

143 Como es fácil advertir, de nada vale contar con un Régimen de prestaciones adecuado, con garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, si el ciudadano no tiene las herramientas para hacerlos exigibles.

144 A este respecto, el presente proyecto cambia el paradigma que, hasta el momento, existe en nuestro derecho.

145 En efecto, la Constitución Política de la República, a propósito del Recurso de Protección, dispone de un eficaz instrumento para que las personas que vean amenazados, perturbados o privados sus derechos y garantías, puedan obtener de la Justicia la protección debida.

146 No obstante, dicha acción constitucional solamente otorga amparo a los denominados derechos individuales, es decir, a aquellos derechos civiles y políticos en que es claro el deber de abstención del Estado y demás particulares respecto del ejercicio de los mismos. Así, por ejemplo, se ampara el derecho a la vida, a la igualdad ante la ley, a la libertad de trabajo, etc.

147 Pero no se otorga igual tutela para los llamados derechos sociales, esto es, aquellos que suponen prestaciones por parte del Estado o de privados que otorgan un servicio público.

148 El presente proyecto de ley, entonces, explícitamente señala que las garantías que establezca el Régimen "serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan".

**La fiscalización.**

149 Es por ello que, para el caso de las Instituciones de Salud Previsional, se contempla expresamente que la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud lo efectúe la Superintendencia de Isapres.

150 En el caso del Fondo Nacional de Salud, el proyecto contempla la creación de un servicio público encargado de la fiscalización del Régimen, denominado "Superintendencia de Garantías en Salud".

151 Dicha Superintendencia estará facultada, entre otras cosas, para 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; velar porque 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; y para resolver los reclamos que presenten los beneficiarios de la Ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación al Régimen de Garantías en Salud.

152La estructura organizacional, financiamiento y demás normas necesarias para el funcionamiento de la Superintendencia de Garantías en Salud, será materia de un decreto con fuerza de ley, razón por la cual el proyecto contempla que el H. Congreso faculte al Presidente de la República al respecto.

#### **Adecuación de normas vigentes.**

153Dado que el presente proyecto crea un Régimen nuevo en el sistema de salud, ha sido necesario introducir una serie de modificaciones a las leyes N° 18.469 y N° 18.933, de modo de adaptar estos cuerpos legales a la nueva realidad.

154En este sentido, una de las modificaciones que se introduce a la Ley que rige al sistema privado de salud, se refiere a que el precio que las Isapres cobren por concepto del Régimen de Garantías en Salud, deberá ser el mismo, sin que sea factible establecer diferencias por sexo y edad.

#### **Vigencia del primer Régimen de Garantías en Salud.**

155El proyecto dispone que el primer Régimen de Garantías en Salud deberá establecerse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación del reglamento del Consejo Consultivo.

156Lo anterior es así, toda vez que no es posible que el primer instrumento que se dicte, no haya sido sometido a la revisión del Consejo. Y dado que, para que éste sesione y adopte acuerdos, necesita del reglamento de funcionamiento del mismo, se ha establecido como hito para el cómputo de plazos precisamente dicho cuerpo normativo.

157Publicado el decreto supremo en que conste el primer Régimen de Garantías en Salud, éste comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente a dicha publicación.

158Tal período es necesario para permitir que, tanto el Fondo Nacional de Salud, como las Instituciones de Salud Previsional, adecúen sus procedimientos y puedan garantizar el cumplimiento del mencionado Régimen.

159En mérito de lo anteriormente expuesto, someto a vuestra consideración, el siguiente

160

161

162

163

**P R O Y E C T O   D E   L E Y:****"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, en adelante, también, "el Régimen".

Dicho Régimen es parte integrante del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, conforme a la normativa vigente, y a las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

**Artículo 2°.-** El Régimen es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado 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°.-** El Régimen 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.

**Artículo 4°.-** El Régimen consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

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 entrega 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.

**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 la entrega 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.

Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

#### **Párrafo 2°**

#### **De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 6°.-** 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.

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 y económico; desarrollo de estudios; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técni-

cos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

**Artículo 7°.-** 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.

### **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 la 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 y disciplinas relacionadas.

Dichos 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.

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, conforme a los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario definido, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen propuesto.

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.

**Artículo 11.-** Un Reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento a 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.

**Párrafo 4°**

**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 12.-** El Régimen 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.

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.

**Párrafo 5°**

**De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 13.-** El Régimen deberá ser otorgado obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y a los de las Isapres, por el Fondo Nacional de Salud y por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.

**Artículo 14.-** 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.

Por su parte, 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. Dichos planes deberán especificar los beneficios complementarios ofrecidos y el precio adicional de éstos, si correspondiere.

**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 propio, 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 porque 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 al 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 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, 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 ellos 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.

**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 arbitro 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 a 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 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 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 tenga 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 a 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

**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.

**TÍTULO III  
DISPOSICIONES VARIAS**

**Artículo 25.-** Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley N° 18.469:

**1.-** En el artículo 8°:

**a)** Sustitúyase, 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."

**2.-** En el artículo 11:

**a)** Sustitúyase 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° 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)** Reemplázase, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

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

**3.-** Sustitúyase, en el inciso 3° del artículo 13, la frase "Estas prestaciones", por la oración: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

**4.-** En el artículo 25:

**a)** Sustitúyase, 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, 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.

**5.-** 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 26.-** Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley N° 18.933:

**1.-** En el artículo 2°:

**a)** Sustitúyase, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

**b)** Sustitúyase, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

**c)** Agréganse, 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."

**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 porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la presente ley y aquellas que emanan 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.- En el artículo 33:**

**a)** Reemplázase 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)** 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."

c) Sustitúyase 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) Modifícase la letra d) del siguiente modo:

i) Sustitúyase, en el inciso 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) Intercálase, en el inciso segundo, a continuación de la frase "las Instituciones de Salud Previsional podrán vender planes", la palabra: "complementarios".

e) Sustitúyase, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", toda las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, 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."

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."

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."

**5.- 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)** Sustitúyase la palabra "primer" por la siguiente: "tercer".

**iii)** Reemplázase, en la última oración, la expresión "tiempo determinado" por la siguiente: "tiempo superior".

**b)** Sustitúyase, 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 que 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".

**Artículo 27.-** 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.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**Artículo primero.-** Facúltase 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 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 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 consultar 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 adquisiciones 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 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.

**Artículo segundo.-** 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 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 tercero.-** 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."

Dios guarde a V.E.,

**RICARDO LAGOS ESCOBAR**  
Presidente de la República

**OSVALDO ARTAZA BARRIOS**  
Ministro de Salud

**NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN**  
Ministro de Hacienda