Modifica la ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, para asegurar el acceso universal a prestaciones de salud mínimas y a la información sobre las mismas
Boletín N°10983-11

Al H. Presidente de la Cámara de Diputados de la República, el Sr. Osvaldo Andrade Lara.

A la Honorable Cámara, tenemos el honor de someter a vuestra consideración el presente proyecto de Ley.

I.- VISTOS.

Lo prescrito en los artículos 1°, 19º, 63° y 65º de la Constitución Política de la Republica; lo prescrito en la ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, en relación a lo prevenido en el artículo 4 de la Ley N° 18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

II.- CONSIDERANDO.

1.- Que, Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile tiene una población de 18.006.407 habitantes, de los cuales 8.911.940 son hombres y 9.094.467 mujeres[1]. Que, según el mismo organismo el proceso de envejecimiento poblacional se mantendría de forma sostenida, al menos por una década, manteniéndose estable la población entre 0 y 14 años al año 2025 y duplicándose para igual período la cifra de adultos mayores, que llegarían a superar los tres millones de personas. Estas variaciones demográficas provocan cambios significativos en diversas áreas del quehacer nacional, como en el sector salud, que requerirá de médicos especialistas en geriatría y otros profesionales, como enfermeras y traumatólogos; otro tanto se producirá en las universidades, que han incorporar temas relativos a la vejez y al proceso de envejecimiento en sus planes de investigación y docencia. El envejecimiento afecta y seguirá afectando, asimismo otras áreas como la vivienda, educación, urbanismo, previsión y trabajo, entre otras.

2.- Que, sumado a lo antedicho, se ha constatado según los estudios de la OMS (World Health Organization) que, debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos fue la más alta de Latinoamérica en el año 2014, con 81,7 años, 78,6 años para los hombres y 84,5 años para las mujeres; luego para el año 2015 la esperanza de vida sobre los 60 años para ambos sexos alcanzó un promedio de 24,4 años más de vida por sobre los 60 años; mientras que la probabilidad de morir antes de los cinco años de edad es de 8 niños cada 1.000 nacidos vivos; lo cual sitúa a Chile en el segundo lugar de mortalidad infantil, a continuación de Cuba y, al año 2015 dicha organización constatò también que la probabilidad de vida al nacer para ambos sexos corresponde al 80,5 [2] de los nacidos en Chile.

---

[1] Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (septiembre de 2014). «Población País y Regiones - Actualización 2002-2012 Proyección 2013-2020» (XLSX). Consultado el 4 de septiembre de 2014.

[2] GHO By category, Life expectancy, Data by country. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.688

3.- Al fenómeno anterior debe sumarse otro fenómeno relativo al perfil epidemiológico de nuestra población. En efecto, este ha ido mutando progresivamente, como consecuencia de diversos factores como el sedentarismo, la alimentación y problemas alimentarios, el envejecimiento de la población, cambios en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo; entre otros factores que han gatillado que el perfil epidemiológico de nuestra población cambie, este último incluye en la actualidad enfermedades infecciosas, problemas derivados de malas condiciones de saneamiento, de orden ambiental, enfermedades cardiovasculares, cánceres, traumatismos, diabetes, insuficiencia renal y obesidad, entre otras.

4.- Que, todo lo anterior llama inmediatamente a la preocupación por garantizar y proteger de la mejor manera posible los derechos subjetivos fundamentales o básicos, como el derecho a la protección de la salud, reconocido por la Constitución Política de la República en su art. 19 Nº 9 y por una serie de tratados internacionales ratificados por Chile y plenamente vigentes. Sobre el particular, la consagración constitucional del derecho a la protección de la salud implica para el Estado de Chile el cumplimiento de una serie de obligaciones tendientes a garantizar su pleno goce y ejercicio, partiendo por la satisfacción de niveles mínimos o esenciales de prestaciones médicas de validez universal, en el sentido de la obligación de no discriminar al momento de su aplicación. El problema que como legisladores hemos detectado radica en la confrontación de la declaración constitucional con la realidad; en efecto la mencionada Ley Nº 19.966 que estableció la reforma a la salud AUGE, establece expresamente que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le dé acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad; pero cuando este mandato es llevado a la práctica su implementación termina por establecer diversos criterios de discriminación como el rango etario, lugar de residencia, sexo, estado de salud, criterios de eficiencia económica como lo es la relación costo-beneficio de la atención de un paciente y las prestaciones médicas que precisa, etc. Algunas pruebas de lo anterior son las llamadas Guías Clínicas, también la insuficiente cantidad y calidad de personal médico, la gran cantidad de dinero que el estado paga a los prestadores de salud privados, como clínicas privadas, lo cual nace del ineludible hecho que el Estado no es capaz de dar abasto a la demanda por prestaciones de salud del 80% de la población que se atiende en FONASA; todo lo cual transforma en ficticio el acceso a ciertas prestaciones de salud determinadas en dicha ley y sus decretos posteriores.

Por ende lo observado en nuestras labores parlamentarias, en nuestros distritos, en las sesiones de Sala, en las sesiones de las diversas comisiones permanentes e investigadoras relacionadas con la salud pública es que, son muchas las consecuencias negativas del llamado plan AUGE, hoy GES, que afectan específicamente a las mujeres, los adultos mayores y a las personas más vulnerables de nuestra población; más dramático es que podemos concluir que el Estado de Chile no cumple con sus obligaciones de respeto, promoción y garantía del derecho a la salud e incurre en prácticas discriminatorias incompatibles con sus obligaciones internacionales. Es por todo ello que, hoy es el momento en que debemos proponer las reformas estructurales que se requieren,

los llamados de atención han sido múltiples y no podemos permitir que la población siga esperando y confiándonos el cuidado de este derecho fundamental sin iniciar una reforma encaminada a las garantías universales y mínimas en prestaciones de salud. Además, como médico constato diariamente como Chile se ha vuelto una prueba fehaciente de la relación que existe entre los resultados de las políticas sanitarias y el estatus socioeconómico de sus habitantes o pacientes.

5.- Con respecto al problema de las llamadas Guías Clínicas; estas son las que especifican las condiciones y requisitos para ser beneficiario del sistema de salud, son *"sólo recomendaciones"*, pero al parecer rigen con el valor de una ley y además no se actualizan con la frecuencia establecida en la Ley N° 19.966 y menos cuando existen avances científicos o tecnológicos que ocurran antes de cumplir el período de vigencia de cada tres años de las actualizaciones de los decretos GES. Lo anterior determina que los Problemas de Salud GES no tengan garantizadas todas las prestaciones de salud porque las Guías Clínicas no las incluyen, sino sólo las que se establecen en la canasta establecida en el Decreto GES correspondiente al período anterior.

Sobre este punto se hace urgente trabajar en una reforma legal que aborde los fundamentos teóricos capaces de responder adecuadamente a la cobertura del plan AUGE o enfermedades GES, es decir, una reforma legal que debe comprender a todas las personas en igualdad de diagnóstico médico o situación sanitaria, quienes podrán beneficiarse de un cierto tratamiento médico por igual.

6.- Sobre los criterios de racionamiento económico más que sanitarios utilizados por cada una de las, a lo menos, 77 Guías Clínicas en Salud (GES) y su propuesta intrínseca de un racionamiento de los recursos sanitarios (sabiendo que son escasos); éstos han sido fundados en criterios que han creado mayores injusticas y brechas en materia de salud de las que ya existían, ya sea siguiendo factores como el tipo de prestador, público o privado; las características de los pacientes, como su nivel socio económico, su género, el rango etario, su condición de salud general, etc.; es decir que, en general no se fundan en principios de equidad, responsabilidad y eficiencia propios del mandato constitucional del art. 19 N° 9 de nuestra carta magna que prescribe la garantía universal de la protección del derecho de la salud. De lo someramente expuesto podemos constatar el yerro que perentoriamente un proyecto de ley deberá salvar, comenzando por evaluar la conveniencia de perseverar o mantener en el Plan AUGE elementos de racionamiento sanitario derivados de análisis económicos o de criterios de eficiencia económica que responden a un análisis de costo-beneficio con el derecho a la salud, que limitan la inclusión de criterios de equidad, los cuales son vitales para paliar la injusticia inherente del sistema sanitario chileno, donde la falta de acceso es más común de que se pensaría, ya que los criterios propios de la economía de la salud, han disminuido considerablemente el número de personas beneficiarias y vulneran el principio de igualdad y la garantía de acceso universal que el plan AUGE prescribe. Por ejemplo, podemos mencionar algunas Guías Clínicas:

- Tratándose de la Endoprótesis, para la enfermedad de Artrosis de Cadera, ésta excluye a pacientes menores de 65 años, es decir, discrimina a pacientes de cierto rango etario, porque no tienen la edad recomendada, sin perjuicio que las cifras médicas rebelan que el 40% de las personas mayores de 60 años puede padecer este problema de salud.

- Respecto del tamizaje de hipoacusia o sordera precoz, para determinar y tratar a tiempo la sordera en los niños, este examen no se aplica de manera universal, sino que solamente a la mitad de los pacientes, que son aquellos que tienen factores de riesgo, discriminando a la otra mitad de niños que nacen con hipoacusia.

- La analgesia en el parto, la cual sólo es accesible en la medida en que lo permitan “los recursos locales, humanos y físicos” de la localidad donde viva la madre; frente a lo cual cabe preguntarse si este requisito se ajusta a nuestra realidad geográfica de acceso para las madres a un recinto hospitalario y donde reina la escases de especialistas.

- Para detectar el cáncer Cervicouterino se requiere del examen PAP (Papanicolaou), el cual es garantizado por el AUGE sólo a mujeres desde los 25 años hasta los 64 años y no para el resto de las mujeres, que además tienen una longevidad en desarrollo; respecto de las mamografías sólo se efectúa este examen a las mujeres de 50 años una vez.

- Respecto del cáncer de vesícula, la respectiva guía médica, recomienda tratar solamente a aquellos pacientes con un cáncer de vesícula incipiente, “de mejor pronóstico” y para poder operar a los pacientes de colicestomía los excluye en razón de su edad, ya que, cuando las personas no cumplen con el requisito de estar entre los 35 y 49 años de edad quedarán en una lista de espera, mientras que los “beneficiarios” solo esperan un promedio de 10 semanas.

Lamentablemente los ejemplos sólo siguen y siguen; en materia de epilepsia, daño neurológico en niños, etc.

7.- Por todo lo cual una modificación del marco regulatorio vigente, abocándose a la transparencia, participación y fortalecimiento de los derechos de la ciudadanía en el derecho sanitario, que cambie los referidos criterios económicos en la elaboración de las Guías Clínicas, sopesándolos o equilibrándolos con los principios de justicia, equidad y de garantía de acceso universal a ciertas prestaciones de salud mínimas y de calidad. Se requiere además, de una revisión y modernización de los actuales procedimientos de elaboración de las Guías Clínicas, que considere la inclusión de los parámetros de equidad social precitados; el establecimiento de mecanismos de fiscalización en la actualización de las mismas con la periodicidad que exige la ley y la fiscalización en su contenido; a fin de que los problemas de salud o enfermedades GES tengan garantizadas todas las prestaciones que las Guías Clínicas contienen; la Obligatoriedad de incluir en las futuras guías clínicas, al alero de la reforma legal pedida que, se asegure a todas las personas, con igual necesidad sanitaria o diagnóstico médico, la debida atención, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad GES.

8.- Otra de las falencias detectadas en el actual sistema sanitario, es que los pacientes tienen la libertad de elegir entre un asegurador público y múltiples aseguradores privados, pudiendo además elegir el prestador de salud. Sin embargo, esta libertad de elección, sólo se cumple para un grupo limitado de personas que pueden pagarlo, en su mayoría de sectores medios y altos económicos de la población; para el resto de la población sus cotizaciones de salud obligatorias del 7% son distribuidos solidariamente entre todos los beneficiarios del seguro público de salud, constituido por FONASA, en contraposición a las aseguradoras privadas (ISAPRES) quienes obtienen este 7% sin redistribuirlo según criterios de solidaridad entre sus afiliados, administrando de

manera individual el riesgo de enfermase de cada afiliado, su capacidad de ingreso y ofreciendo siempre coberturas limitadas. Entonces, operan con una lógica de empresa privada, para percibir al final de cada ejercicio utilidades para los dueños o titulares de los derechos societarios de las Isapres. Así, su funcionamiento produce la segmentación de la población como consecuencia lógica del sistema de un seguro privado, porque deben maximizar el margen de utilidad del negocio y seleccionar los riesgos que cubren (los más baratos), con base a la predictibilidad del riesgo a contraer una determinada enfermedad por sus afiliados; así se identifican los grupos más propensos a enfermar, se les discrimina con mayores aranceles o bien excluyéndolos del todo, es decir, cada individuo compensa al seguro privado por asegurar su riesgo a enfermar y se prefieren a los individuos que le signifiquen a la Isapre un beneficio económico, por ser más sanos y ricos, expulsando a todos los aquellos que le generen mayores costos (pobre y enfermo). No podemos dejar de mencionar al Copago, muy recurrente en las Isapres y que significa el pago directo de bolsillo, lo cual en los sectores de mayor vulnerabilidad constituye un obstáculo para el acceso a la salud y los sectores de la población de ingresos medios vienen a realizar un esfuerzo económico para acceder a las prestaciones de salud, comprometiendo parte importante de sus ingresos familiares; este gasto de bolsillo ha crecido en los últimos años, alcanzando el más alto de los países OCDE, con un 38% de gasto de bolsillo, en circunstancias que esto produce inestabilidad financiera familiar y la incapacidad de producir mayores ingresos producto de la enfermedad. Además, las Isapres mantienen un manejo de información que no tienen sus afiliados, pues conocen los riesgos promedios de la población y seleccionan a aquellos pacientes de menores riesgos y a aquellos que poseen preexistencias de enfermedad se les aplican planes con menos cobertura o mayor prima para compensar su riesgo individual.

Por lo recién anotado, es que las Isapres alcanzaron niveles de utilidades por $28.872 millones en el mes de septiembre del presente año, lo cual equivale a un aumento de 42,5% en relación al mismo periodo del año 2015, según la Superintendencia de Salud, este fuerte aumento de las utilidades se debería al impacto del alza de la prima GES, que rige desde 01 de julio de este año, las alzas de los precios de los planes de salud que ofrecen las Isapres y el poco uso de este sector de las enfermedades cubiertas por el plan AUGE, en que solo una persona de cada cuatro recurre a esta cobertura, donde prima la desinformación[3].

III.- IDEAS MATRICES.

Centrarnos en los mecanismos para establecer una patología GES y perfeccionarlos, de modo de encausarlos al establecimiento de garantías de salud como prestaciones mínimas, de calidad y universales; mediante el análisis y reforma de lo prescrito en los arts. 2º, 11º y siguientes de la ley N° 19.966, que regulan los decretos que incluyen determinadas patologías o problemas de salud, los cuales han de ser elaboradas por el Ministerio de Salud y suscritas por el Ministerio de Hacienda; así como lo prevenido por los arts.13º y siguientes del mismo cuerpo legal, relativo a los procedimientos destinados a establecer las Garantías Explícitas de Salud, requiriendo del ejercicio de funciones de los Ministerios de Salud y Hacienda, quienes determinarán los recursos y costos que la inclusión de una patología como Garantía Explicita de Salud (GES) implica y además

[3] El Diario Financiero, 21.11.16. Disponible en https://www.df.cl/noticias/empresas/actualidad/utilidades-de-las-isapres-se-disparan-mas-de-42-a-septiembre/2016-11-21/113541.html

requerirán de estudios que establezcan un listado de prioridades en salud y prestaciones relativas que influyan en la salud de la población, como también sobre la efectividad de las prestaciones, su contribución a la mejora en la calidad de vida de las personas, la extensión de la vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

POR TODO LO ANTERIOR, es que los Diputados firmantes vienen en proponer a esta Honorable Cámara de Diputados el siguiente proyecto de ley.

PROYECTO DE LEY POR EL CUAL SE MODIFICA LA LEY Nº 19.966 QUE ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD, A FIN DE ESTABLECER Y GARANTIZAR DERECHOS Y PRESTACIONES DE SALUD MINIMAS Y UNIVERSALES.

Artículo Único: Modifíquese la Ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud en el siguiente sentido:

1°.- Agréguese en el artículo 2º de la ley en estudio, un nuevo inciso quinto del siguiente tenor:

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, además deberán obligatoriamente informar de dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, esta información deberá ser suficiente, oportuna, veraz y comprensible, de forma visual o por escrito; respecto de todas las prestaciones de salud ofrecidas que sean enfermedades o patologías cubiertas por esta ley, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la prestación o atención de salud. Para ello el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, un listado con los requisitos aquí establecidos.

2º.- Agréguese en el literal a), del art. 4º de la ley en estudio, a continuación de la frase *"a los beneficiarios de las leyes Nº18.469 y Nº18.933"* y antes de voz *"respectivamente";* la siguiente expresión:

De manera universal, en que al mismo diagnostico deberán otorgarse las mismas prestaciones de salud, sin distinción alguna.

3º.- Agréguese en el art. 11º de la ley en estudio entre las expresiones *"Las Garantías Explícitas en Salud serán" y "elaboradas",* la siguiente expresión:

Universales y tendrán el carácter de derechos mínimos garantizados y de una calidad óptima según sus objetivos de recuperación y rehabilitación, serán.

4º.- Agréguese al final de inciso 2º, del art. 13º de la ley en estudio, la siguiente expresión y reemplácese su punto a parte por una coma:

Los cuales deberán elaborarse hasta antes del vencimiento del último decreto GES que se hubiere dictado y no pudiendo exceder el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 23 de esta ley.

5º.- Agréguese al final del inciso 2º del art. 23º de la ley en estudio, reemplazándose su punto aparte, por este acto, por un punto seguido, la siguiente expresión:

No pudiendo exceder de dos periodos consecutivos sin modificación.

6º.- Modifíquese al art. 26º de la ley en estudio, agregando a continuación de la expresión *"Los beneficiarios de la ley Nº18.469 podrán elegir"* y reemplazando la parte que reza *"dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia",* por la siguiente expresión y agregando una coma luego de la frase *"podrán elegir":*

Para mantener una óptima relación médico paciente, al médico tratante, los pacientes podrán escoger en primer término al médico que haya sido su médico de cabecera o familiar y a continuación a otro médico de su elección, ya sea dentro del establecimiento en que deban ser atendidos".

Dr. Miguel Ángel Alvarado Ramírez

H. Diputado de la Republica, distrito 9.