

**INFORME COMPLEMENTARIO DE LA COMISION DE SALUD**, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece el Régimen de Garantías en Salud.

**BOLETÍN N° 2.947-11.**

---

**HONORABLE SENADO:**

En sesión ordinaria del día miércoles pasado, 5 de mayo en curso, la sala del Senado acordó, antes de proceder a discutir y votar en general el proyecto de la suma, volverlo a la Comisión de Salud, a fin de perfeccionar algunos puntos del mismo, antes de decidir acerca de la idea de legislar.

A las sesiones en que estudiamos este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los señores Ministros de Hacienda, don Nicolás Eyzaguirre Guzmán; de Salud, don Pedro García Aspillaga, y Secretario General de la Presidencia, don Francisco Huenchumilla Jaramillo.

Asimismo, se hicieron presentes el Director del Fondo Nacional de Salud, don Alvaro Erazo Latorre; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, don Andrés Romero Celedón; el Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman Ramos; la asesora del Ministerio de Hacienda, señora Consuelo Espinosa Marty; el Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, don Hernán Sandoval Orellana; el asesor de dicha Comisión, don Gianpiero Fava Cohen; el Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal y el Jefe del Departamento de Estudios de la misma Superintendencia, señores Ulises Nancuante Almonacid y Alberto Muñoz Vergara.

-----

Corresponde consignar que, como consecuencia de los cambios introducidos al texto del proyecto en este Informe Complementario, todos sus preceptos son propios de ley común.

-----

El señor Ministro de Salud explicó que el Ejecutivo tiene máximo interés en el pronto despacho de la presente iniciativa de ley y aspira a que ella cuente con una alta votación favorable en la sala del Senado.

En esa perspectiva, indicó que existen tres temas en que los acuerdos de fondo están todavía pendientes, lo que hace recomendable profundizarlos, y aun posponer su consideración.

El primero, es el del copago con que deberán concurrir los beneficiarios de los sistemas de salud al financiamiento de las prestaciones que gozarán de Garantías Explícitas, materia en que se presentará una propuesta que recoja las observaciones formuladas durante la discusión general del proyecto en la Comisión y salve los reparos que suscita la formulación aprobada en general.

El segundo, es el relativo a la responsabilidad estatal por falta de servicio en materia sanitaria, que requiere algunas precisiones de técnica legislativa que reflejen la intención del Ejecutivo en orden a que ninguno de los preceptos del proyecto de ley sea propio de ley orgánica constitucional.

El tercero, es el Fondo de Compensación Solidario, sobre el cual hay un claro disenso que motiva al Ejecutivo a retirarlo del proyecto, para su reconsideración, a fin de replantearlo en otra ocasión.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó, en relación con los preceptos del Título IV del proyecto, sobre Responsabilidad en Materia Sanitaria, que el consenso alcanzado en la Comisión, y las consultas realizadas recientemente entre los legisladores, permiten augurar que es posible obtener los votos necesarios para aprobarlos, incluso si requirieran quórum de ley orgánica constitucional.

En lo referente a la Garantía Explícita de Protección Financiera, contenida en la letra d) del artículo 4º del proyecto, señaló que es indispensable encontrar una fórmula de acuerdo, antes de proponer a la sala la votación en general.

Aparte de lo anterior, el señor Senador adelantó algunos temas en que es indispensable hacer mayor claridad para superar las naturales resistencias que, como todo proceso de cambios, provoca la Reforma de la Salud. En este sentido, dijo, debe quedar de manifiesto en qué medida existirá gratuidad en la atención otorgada en el nivel de Atención Primaria de Salud, en el caso de enfermedades de costo catastrófico y para las personas de la tercera edad. Debe ser

palmario para la gente que el Régimen de Garantías Explícitas en Salud mejora la realidad sanitaria, y no a la inversa.

La Honorable Senadora señora Matthei valoró el retiro del Fondo de Compensación Solidario, contenido en el Título II del proyecto de ley en informe, pues su inclusión provocaba serias dificultades para aprobar la idea de legislar. El retiro hace posible contar con parte importante de los votos de Senadores de la Alianza por Chile, agregó.

Por lo que respecta al Título IV, sobre responsabilidad estatal en materia sanitaria, aseguró que no hay reparos al mismo, y que podría ser aprobado incluso si requiriera quórum de ley orgánica constitucional.

Respecto de los copagos, señaló que es preciso hacer claridad, antes de la votación en general, sobre las líneas gruesas de solución, a saber: que las personas clasificadas en los Grupos A y B del artículo 29 de la ley N° 18.469, indigentes y afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual, no tengan obligación de pagar por las prestaciones; que el copago vaya ascendiendo progresivamente, en función del ingreso de los afiliados, y que él sea similar para los afiliados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, de manera que no se convierta en un factor para optar entre uno y otras.

Enunció también otro aspecto de la iniciativa en debate que deberá ser precisado oportunamente, cual es el de la gratuidad. Se dice que los adultos mayores gozarán de las Garantías Explícitas sin deber de copago, lo que no figura en el proyecto. Además, dado que la Reforma de la Salud incrementará el número y la complejidad de las prestaciones que se otorgan en el nivel de Atención Primaria de Salud, es necesario y conveniente analizar alguna forma de copago en dicho nivel.

El Honorable Senador señor Boeninger constató que el tema más conflictivo, el Fondo de Compensación Solidario, quedará resuelto en la forma anunciada por el señor Ministro de Salud y se manifestó conforme con los criterios adelantados para resolver el problema del copago.

Propuso que la Comisión adopte un acuerdo explícito, refrendando la interpretación obvia del artículo 30 de la Ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, que hizo la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento al informar sobre una consulta de los Comités respecto de la forma de votar en general el proyecto de ley que derogó la pena de muerte, (Boletín

Nº 2.367-07). En ese informe se asentó que “Si un proyecto de ley que contiene normas que requieren distinto quórum de aprobación, cada grupo de ellas debe votarse separadamente, tanto en general como en particular, con la mayoría especial requerida en cada caso.”. Lo que no hace sino confirmar el tenor claro del citado artículo 30 de la Ley Orgánica Constitucional, que reza a la letra: “Las diversas disposiciones de un mismo proyecto que para su aprobación necesiten mayorías distintas a la de los miembros presentes, se aprobarán en votación separada, primero en general y después en particular, con la mayoría especial requerida en cada caso.”.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskide destacó la coincidencia que se advierte en los planteamientos de quienes han intervenido en el debate y subrayó la necesidad de aclarar los aspectos sobre los cuales falta algún grado de precisión, que han sido enunciados por los señores Senadores.

Enfatizó que el retiro del Fondo de Compensación Solidario, para un estudio más detenido que permita alcanzar mayor madurez acerca del mismo, ha hecho posible el acuerdo para aprobar en general el proyecto y que, según ha expresado el señor Ministro de Hacienda, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud cuenta con financiamiento suficiente para ser puesto en marcha.

-----

El Presidente de la República, con fecha 17 de mayo de 2004, formuló indicación destinada a plasmar en el proyecto en informe los acuerdos previamente reseñados.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación del Ejecutivo modifica el proyecto previamente aprobado por la Comisión del Salud del Senado, en los siguientes aspectos:

-Retirando el Título II, “Del Fondo de Compensación Solidario”;

-Precisando con mayor nitidez los copagos que deberá efectuar el beneficiario y determinando la cobertura financiera adicional, y

-Perfeccionando la regulación de la responsabilidad extracontractual del Estado en materia sanitaria.

La indicación se desglosa en 16 numerales y a continuación se consignan los acuerdos alcanzados por la Comisión respecto de los mismos.

## Nº1)

Este numeral incide en el artículo 1º, que dispone que las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido por el artículo 4º de la ley Nº 18.469, así como de las prestaciones debidas a los afiliados al sistema privado de salud. La norma agrega que el régimen en comento, sumado a las acciones de salud pública, conforma el denominado “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”.

La indicación propone sustituir el artículo 1º antes reseñado por otro que dispone que el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas se constituye por las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933.

El señor Ministro de Salud explicó que esta modificación tiene por objeto uniformar los conceptos empleados en el proyecto, con aquellos establecidos por la ley Nº 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión acordó diferir el debate respecto de este artículo hasta el segundo informe, considerando que se convino en circunscribir las modificaciones introducidas por este primer informe complementario a los temas específicos, ya enunciados.

**-Fue rechazado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## Nº2)

Este numeral modifica el artículo 2º del proyecto, norma que define el Régimen de Garantías en Salud como un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

La modificación propuesta consiste en sustituir la frase “de carácter general y obligatorio” por la frase: “que forma parte del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”.

En atención a las mismas consideraciones señaladas respecto del numeral anterior, la Comisión acordó rechazar este numeral y postergar la discusión sobre el particular hasta el segundo informe.

**-Fue rechazado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº3)

Este numeral modifica el artículo 3º del proyecto, que, en su inciso primero, dispone que el Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley 18.469.

El inciso segundo agrega que, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley.

El inciso tercero señala que las Garantías contempladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El inciso cuarto impone al Ministerio de Salud la obligación de dictar las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Finalmente, el inciso final establece que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en su modalidad de libre elección y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

Las modificaciones al artículo 3°, introducidas por la indicación en análisis, se dividen en dos literales.

El literal a) propone suprimir, en el inciso segundo del artículo 3°, la frase “A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de la compensación a que se refiere el Título II de esta ley.”.

El Ejecutivo explicó que esta indicación busca compatibilizar los artículos 3° y 6°, ya que este último dispone que el valor de la Prima Universal será determinado por el Ministerio de Hacienda y a ese valor deberán adecuarse las prestaciones y sus garantías explícitas.

La Honorable Senadora señora Matthei concordó con el planteamiento anterior, agregando que, toda vez que se cuenta con recursos limitados, es indispensable que las prestaciones garantizadas explícitamente se determinen sobre la base de los fondos disponibles.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskide hizo presente la importancia de aclarar que la determinación de las prestaciones explícitamente garantizadas no puede definirse exclusivamente por el criterio económico que rige las decisiones del Ministerio de Hacienda, debiendo otorgarse preeminencia a las prioridades sanitarias.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, por su parte, destacó que el Ministerio de Hacienda no fija el valor de la Prima Universal en abstracto ni en forma arbitraria, sino que debe hacerlo sobre la base de las necesidades sanitarias detectadas por el Ministerio de Salud.

El Honorable Senador señor Espina estuvo de acuerdo con la proposición del Ejecutivo, ya que la redacción actual acarrea confusión respecto a cual es el elemento determinante del valor de la Prima Universal.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló la conveniencia de eliminar la referencia a la Prima Universal del artículo 3º, para no contravenir el espíritu de la Comisión al aprobar el artículo 6º y propuso reforzar el concepto de que las prioridades sanitarias deben ser tenidas en consideración.

Por su parte, el Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso reemplazar la frase que la indicación propone eliminar, por la siguiente: "El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.", sugerencia que fue acogida por la mayoría de la Comisión.

**-El literal a) fue aprobado con estas modificaciones, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

Enseguida, el literal b) propone reemplazar, en el inciso final, la frase: "asegura en su modalidad de libre elección", por la siguiente: "asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 24 de esta ley,".

El Ejecutivo hizo presente que esta indicación obedece a la necesidad de conciliar este artículo con lo aprobado en el artículo 30 del proyecto, que obliga a las Instituciones de Salud Previsional a entregar a sus afiliados las prestaciones que el Fondo Nacional de Salud proporciona como mínimo a sus beneficiarios, en la modalidad de libre elección.

**-Fue aprobado, con modificaciones formales y de referencia interna, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº 4)

Incide en el artículo 4º del proyecto, que consagra diversas definiciones legales, particularmente el literal b) define la Garantía Explícita de Calidad. La indicación propone reemplazar las palabras: "y acreditado" por "o acreditado, de acuerdo a la ley Nº 19.937".

El Ministro de Salud explicó que esta modificación adecúa el proyecto a lo dispuesto por la recientemente

aprobada ley N° 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

Agregó que el literal b) del artículo 4° contempla la definición de la Garantía Explícita de Calidad y señala que por tal se entenderá el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado y acreditado. No obstante, el registro y la acreditación no pueden ser exigidos copulativamente ya que ambos se aplican respecto de distintos prestadores de salud, correspondiéndole a los prestadores individuales el registrarse y a los institucionales el acreditarse.

**-Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----  
N° 5)

Inserta, a continuación del artículo 4°, el siguiente Párrafo 2°, nuevo, modificándose la numeración correlativa:

“Párrafo 2°  
De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional, el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

El deducible deberá ser acumulado en un periodo máximo de 12 meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o en prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

Artículo 7°.- No obstante lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o en el designado por la Institución de Salud Previsional . En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional .

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Artículo 8°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y aquellos pertenecientes al Grupo D a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados

pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En el caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y a aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469 será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en el caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio, deberá calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido periodo, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

Artículo 9°.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

En el caso de existir más de un evento en un periodo de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469 será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho para configurar un evento, el momento de inicio y término del mismo, la circunstancia bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir beneficiarios, prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional .”.

La Honorable Senadora señora Matthei observó que sería más lógico, si se trata de precisar el contenido de la Garantía Explícita de Protección Financiera, indicar que es obligación del asegurador financiar el 80% del costo de las prestaciones, y no que es deber del cotizante o beneficiario concurrir con el 20% del mismo.

Los representantes del Ejecutivo replicaron que ambas opciones son válidas y que el proyecto se inclinó por definir el máximo a que estará obligado el afiliado, recalando que los aseguradores pueden libremente otorgar mayor cobertura, como en el caso de los beneficiarios de los Grupos A y B de Fondo Nacional de Salud, a quienes se financia el 100% de las prestaciones.

Agregaron que los artículos del nuevo Párrafo 2º otorgan una protección adicional a las prestaciones que quedan cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud: por una parte, está el límite de 20% fijado en la letra d) del artículo 4º y, por otra, los topes en función del ingreso individual o familiar que consignan estos preceptos. Explicaron que el ingreso familiar se aplica en caso que haya más de un evento, dentro del período de doce meses utilizado para fijar el deducible.

Entregaron tres tablas que ejemplifican la aplicación de la cobertura adicional a usuarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, las que se agregan al final, como anexos.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que habrá que sopesar y calibrar muy bien este tema antes de aprobar en particular el proyecto, porque debe encontrarse un justo punto de equilibrio para que esta carga no impida a las personas mantener un nivel de vida digno. Hizo presente que las tablas exhibidas demuestran que en ciertos niveles de ingreso, que sólo permiten a las familias la subsistencia y no el ahorro, el copago resulta imposible de cumplir. Preguntó si el Ejecutivo tendría la disposición para consagrar

por ley el actual límite de 10% para el Grupo C del artículo 29 de la ley N° 18.469.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que una norma justa sería que quienes tienen ingresos del orden de los \$ 150.000 mensuales no pagaran más de un 10% de su renta anual, como tope. Por otro lado, hay que precaver eventuales abusos de personas que declaren rentas inferiores a las que efectivamente perciben, para obtener mayor cobertura financiera del asegurador y beneficiarse de una mayor liquidez. Por último, consultó si la autoridad sanitaria o el Fondo Nacional de Salud tienen facultad para condonar deudas incobrables, en un proceso en que se resolvería caso a caso.

El señor Ministro resaltó que la proposición que se ha formulado es considerablemente superior a la situación actualmente vigente y que la facultad para condonar viene propuesta más adelante. Comprometió la mantención del actual límite de 10% de copago para el Grupo C del artículo 29 de la ley del Fondo Nacional de Salud.

Puntualizó que si el costo del tratamiento supera el monto deducible, el afiliado sólo pagará ese tope, y si es inferior, el porcentaje que le corresponda según su ingreso. Recordó que en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud queda cubierto desde el transporte del enfermo o accidentado, hasta los medicamentos.

Añadió que la cobertura para las enfermedades de costo catastrófico será tratada en el proyecto que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

El señor Director del Fondo Nacional de Salud, Dr. Alvaro Erazo, acotó que existe la facultad legal para otorgar créditos a los afiliados para el pago de la parte de su cargo, que esos préstamos bordean los \$ 24.000 millones anuales y que la recuperación de los mismos supera el 70%.

El Honorable Senador señor Boeninger hizo presente que, en el mediano plazo, la cobertura adicional para casos de patologías de costo catastrófico y las que estarán cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud tenderán a coincidir. Planteó que, en lugar de otorgar créditos o acordar condonaciones, se podría permitir al asegurador hacer un aporte extraordinario al financiamiento, en esos casos.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide declaró que la salud debe ser un derecho que no debe depender de la capacidad de pago de las personas. Recordó que el llamado

encarnizamiento terapéutico es éticamente reprochable desde el punto de vista médico, y que si existe la posibilidad real de éxito en un tratamiento, éste debe realizarse, independientemente de su costo.

Atendidos los planteamientos efectuados por los miembros de la Comisión, se decidió aprobar en general la proposición del Ejecutivo, sin perjuicio de revisarla detalladamente en el trámite de segundo informe.

Además, se acogió el planteamiento del Honorable Senador señor Viera-Gallo, en el sentido de reordenar las disposiciones de este Párrafo 2º, que quedó de la manera que se consigna en las modificaciones.

**-Fue aprobado, con las enmiendas señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

Nº6)

Incide en el artículo 6º del proyecto aprobado por esta Comisión, que dispone que, al iniciarse el proceso destinado a establecer el conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud, y de prestaciones asociadas, que gozará de Garantías Explícitas, el Ministerio de Hacienda deberá fijar el marco de recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

La indicación del Presidente de la República propone agregar a este artículo un inciso segundo, nuevo, que define la Prima Universal como el “gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.”.

El Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda, don Marcelo Tokman, explicó que la Prima Universal debe reflejar el costo esperado para la Institución de Salud Previsional o para el Fondo Nacional de Salud, deducido el 20% correspondiente al copago de cargo del afiliado.

Ante una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, respecto a si la eliminación del Fondo de Compensación Solidario implica un distinto valor de la Prima Universal

para los usuarios de los sistemas público y privado de salud, el representante del Ejecutivo explicó que el valor referencial es idéntico para ambos sistemas.

**-Fue aprobado por unanimidad, en los mismos términos propuestos, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Como consecuencia del acuerdo anterior, se modificaron diversas referencias internas del proyecto, según se consigna en el capítulo de las modificaciones.**

Nº7)

Modifica el artículo 12 del proyecto, norma que consagra la regla general respecto de las alteraciones que experimente el valor de la Prima Universal resultantes de modificaciones al Régimen de Garantías en Salud, disponiendo que las referidas modificaciones no podrán exceder de la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

La indicación propone eliminar el requisito de que las alteraciones del valor de la Prima Universal deba ser consecuencia de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud.

El Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, don Andrés Romero, explicó que esta modificación adecúa el proyecto a las modificaciones introducidas al sistema originalmente propuesto, en el sentido de que las Garantías suponen la definición previa del marco presupuestario y del valor de las Prima Universal, y no a la inversa.

**-El numeral 7) fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº8)

Modifica el artículo 17, disposición que señala el plazo de entrada en vigencia de las [Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud y sus posteriores modificaciones](#), lo que tendrá lugar el primer día del sexto mes siguiente a la publicación del decreto respectivo.

El inciso segundo agrega que las Garantías Explícitas serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia y precisa que, si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, éstas se entenderán prorrogadas por otros tres años.

La indicación propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia”, por la frase “Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años”.

**-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº 9)

Incide en el inciso primero del artículo 20 del proyecto, precepto que dispone que los beneficiarios de la ley Nº 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deben ser atendidos, al profesional que prefieran, concordando la disponibilidad con la satisfacción de la garantía de oportunidad.

La indicación propone precisar que el Director del establecimiento será el encargado de determinar si existe la mencionada disponibilidad.

El Ejecutivo precisó que esta modificación obedece al interés de adecuar el proyecto a las disposiciones de la ley Nº 19.937, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria.

**-Fue aprobado sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº 10)

Incide en el artículo 25, que dispone que el incremento del costo esperado por beneficiario, que derive de modificaciones de la cobertura financiera para la modalidad de libre elección, no podrá ser superior a la variación real del Índice General de Remuneraciones por Hora.

Este numeral precisa el período durante el cual debe medirse la variación real del citado Índice y, a tal efecto, propone incorporar la siguiente frase: “entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.”.

**-Fue aprobado por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº 11)

Modifica el artículo 26 del proyecto, disposición que entrega al decreto que aprueba el Régimen de Garantías en Salud la determinación de las metas de cobertura del examen de medicina preventiva a que alude el literal a) del artículo 8º de la ley Nº 18.469, y dispone que las mismas serán obligatorias tanto para el sistema público como para el privado.

Este numeral propone precisar dicha norma, reemplazando, en el inciso primero, la referencia al “decreto de Garantías” por otra al “decreto que fije las Garantías”.

**-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº12)

Propone eliminar el Título II del texto aprobado por esta Comisión en su primer informe, denominado “Del Fondo de Compensación Solidario”.

**-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº13)

Incide en el artículo 35 del proyecto, disposición que introduce diversas modificaciones a la ley Nº 18.469 y propone agregarle un numeral 5, nuevo, modificando la numeración correlativa.

Dicho numeral 5, nuevo, a su vez, incide en el inciso final del artículo 30 de la ley Nº 18.469. El citado artículo 30 consagra la contribución estatal, a través del Fondo Nacional de Salud,

en el financiamiento de las prestaciones médicas a las que se refiere dicho cuerpo legal, en el porcentaje que la misma norma indica. A su turno, el inciso final, faculta al Director del Servicio de Salud para condonar total o parcialmente el pago que sea de cargo del afiliado, en casos excepcionales y por motivos fundados, conforme a criterios predefinidos en resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

La indicación propone modificar el inciso final del artículo 30 en los siguientes aspectos:

i. Sustituyendo la referencia al “Servicio de Salud” por otra al “Fondo Nacional de Salud”, y

ii. Reemplazando la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente oración precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los directores de Servicios de Salud y a los directores de establecimientos de autogestión en red.”

El Ejecutivo precisó que, mediante esta indicación, se radica en el Fondo Nacional de Salud la facultad de condonar el copago que sea de cargo del beneficiario, facultad que puede ser delegada en los Directores de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red.

**-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº14)

Este numeral incide en el artículo 36, que introduce modificaciones a la ley Nº 18.933. Su numeral 4 intercala un Párrafo 5º, nuevo, denominado “De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud”, conformado por los artículos 42 A a 42 E.

Más precisamente, la indicación recae en el artículo 42 B.

Cabe recordar que el inciso primero de el citado artículo 42 B impone a las Instituciones de Salud Previsional, sin perjuicio de la fecha de afiliación, la obligación de asegurar las Garantías Explícitas desde el primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores

modificaciones, destacando que dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el citado decreto sea revisado y modificado.

El inciso segundo agrega que la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas, el que se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país y será publicado por la Superintendencia en el Diario Oficial, al menos 30 días antes de la vigencia del decreto. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio desde la referida publicación.

El inciso tercero señala que el precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del respectivo decreto, o en un plazo menor, si es revisado antes del período de tres años.

Finalmente, el inciso cuarto indica que en las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo, agregando que, si no dice nada, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

La indicación propone insertar, a continuación del inciso segundo del artículo 42 B de la ley N°18.933, un inciso tercero, nuevo, que dispone que la Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplimiento de la respectiva anualidad; precisando que, en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo y agregando que la opción elegida por la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos sus afiliados.

Ante una consulta realizada por la Honorable Senadora señora Matthei, se explicó que esta norma sólo dice relación con patologías o condiciones de salud que gocen de Garantías Explícitas.

**-Fue aprobado, con modificaciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

N°15)

Incide en el artículo 39, que establece la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria, por los daños que causen a particulares por falta de

servicio o por culpa o dolo de sus funcionarios, sin perjuicio del derecho a repetir contra el funcionario que hubiera cometido falta personal.

El inciso segundo dispone que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal.

Finalmente, el inciso tercero impone al particular la prueba de que el perjuicio es resultante de la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando falta de servicio.

Este numeral propone reemplazar este artículo por los siguientes artículos 39 y 40:

“Artículo 39.- Los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

Se entenderá que hay falta de servicio cuando por incumplimiento de las normas legales o reglamentos que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

Artículo 40.- La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años contados desde la acción u omisión.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente la conveniencia de reincorporar el inciso segundo del artículo 39, que disponía que el cumplimiento de los protocolos médicos exonera de responsabilidad por falta de servicio al acto médico propiamente tal, y propuso discutir el punto con ocasión del segundo informe.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger sugirió que, en la misma oportunidad, se analice con detención la posibilidad de consagrar el agotamiento previo de la vía administrativa en este ámbito.

**-Fue aprobado con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº16)

Incide en los artículos tercero y cuarto transitorios.

La primera de estas disposiciones establece que, para realizar las compensaciones legales procedentes durante los períodos correspondientes a los tres decretos a que se refieren los números 1, 2 y 3 del artículo 1º transitorio, los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante un decreto supremo conjunto, determinarán el modelo de compensación de riesgos, el valor de la prima universal para cada período y los valores de las primas ajustadas por riesgo para cada tipo de beneficiario.

El artículo cuarto transitorio, por su parte, precisa el momento desde el cual el Régimen de Garantías en Salud comenzará a constituir parte del marco legal de los contratos de salud previsional de la ley Nº 18.933. Al efecto, dispone que los contratos del sector privado de salud que se celebren después de la entrada en vigor del nuevo Régimen, deben ajustarse a sus disposiciones, y los vigentes a esa fecha deberán conformarse con sus regulaciones al cumplirse la primera anualidad. Sin perjuicio de franquear la posibilidad de solicitar a la Institución de Salud Previsional el inmediato ajuste del contrato al Régimen, pagando el citado ajuste desde entonces, con el fin de gozar de las Garantías Explícitas.

La indicación del Presidente de la República propone reemplazar los referidos artículos tercero y cuarto transitorios por el siguiente artículo tercero:

“Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme lo dispuesto en la ley Nº 19.937”

Frente a una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Espina, respecto a la fecha en la cual entrarían en vigor los citados sistemas de certificación, acreditación y registro, el Ejecutivo precisó que esa fecha aún se desconoce, debiendo ocurrir poco después del 1 de enero de 2005, fecha de constitución de la Superintendencia de Salud.

**-Fue aprobado, con correcciones de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

### **MODIFICACIONES**

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, la Comisión de Salud propone las siguientes modificaciones al proyecto de ley contenido en el primer informe elevado a la consideración del Senado:

#### **Artículo 3º**

- Reemplazar la oración final del inciso segundo, que dice “A partir de dicho conjunto de garantías explícitas, se determinará la Prima Universal para efectos de compensación a que se refiere el Título II de esta ley”, por la siguiente: “El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley”.

**(4 x 1 abstención)**

- Sustituir, en el inciso quinto, la frase “asegura en su modalidad de libre elección”, por esta otra: “asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley,”.

**(5 x 0)**

#### **Artículo 4º**

- Reemplazar, en la letra b), las palabras “y acreditado”, por la frase “o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937”.

**(5 x 0)**

-----

Insertar, luego del artículo 4º, el siguiente Párrafo 2º, nuevo, conformado por los artículos 5º a 10, pasando los actuales Párrafos 2º a 6º a ser Párrafos 3º a 7º, y los artículos 5º a 26 a ser artículos 11 a 32, respectivamente

“Párrafo 2º

De la Cobertura Financiera Adicional

Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.

Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.

Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

Artículo 8º.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 9º.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional. En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la

Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso de que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Artículo 10.- Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.”.

**(5 x 0)**

-----

#### **Artículo 6°**

- Pasó a ser artículo 12.
- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Se entenderá por Prima Universal el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las

Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.”.

**(5 x 0)**

#### **Artículo 11**

- Pasó a ser artículo 17.

- Sustituir la referencia al artículo 5º, por otra al artículo 11. **(5 x 0)**

#### **Artículo 12**

- Pasó a ser artículo 18.

- Suprimir la frase “que resulten de modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud”.

**(5 x 0)**

#### **Artículo 16**

- Pasó a ser artículo 22.

- Reemplazar la referencia al artículo 11, por otra al artículo 17. **(5 x 0)**

#### **Artículo 17**

- Pasó a ser artículo 23.

- Reemplazar, en el inciso segundo, la frase inicial “Dichas garantías serán modificadas cada tres años, contados desde su vigencia.”, por la siguiente: “Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años.”.

**(5 x 0)**

#### **Artículo 18**

- Pasó a ser artículo 24.

- En el inciso primero, reemplazar la referencia al artículo 5º, por otra al artículo 11.

**(5 x 0)**

### **Artículo 20**

- Pasó a ser artículo 26.

- Agregar al inciso primero la siguiente oración final, en punto seguido (.): “Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.”.

**(5 x 0)**

- Sustituir, en el inciso cuarto, la referencia a los Párrafos 2º y 3º, por otra a los Párrafos 3º y 4º.

**(5 x 0)**

### **Artículo 25**

- Pasó a ser artículo 31.

- Agregar antes del punto final (.), precedida de una coma (,), la siguiente oración: “entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.”.

**(5 x 0)**

### **Artículo 26**

- Pasó a ser artículo 32.

- En el inciso primero, sustituir la frase “El decreto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud”, por “El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud”.

**(5 x 0)**

## **Título II**

### **DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO Y DEL APOORTE FISCAL**

- Suprimirlo, lo mismo que los dos Párrafos y los artículos 27 a 34, que lo conforman.

**(5 x 0)**

## **Título III**

### **DISPOSICIONES VARIAS**

- Pasó a ser Título II.

### **Artículo 35**

- Pasó a ser artículo 33.

- Agregar el siguiente numeral 5, nuevo, pasando el actual a ser número 6:

“5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:

- i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.
- ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.”.

**(5 x 0)**

#### **Artículo 36**

- Pasó a ser artículo 34.

- En el artículo 33 bis contenido en el numeral 3, reemplazar la referencia al artículo 24, por otra al artículo 30.

- En el artículo 42 B contenido en el numeral 4, intercalar el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando los actuales incisos tercero y cuarto a ser cuarto y quinto, respectivamente:

“La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.”.

**(5 x 0)**

#### **Artículos 37 y 38**

- Pasaron a ser artículos 35 y 36, sin otra enmienda.

### **Título IV DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA**

- Pasó a ser Título III.

### **Artículo 39**

- Pasó a ser artículos 37 y 38, remplazado como se indica a continuación:

**“Artículo 37.-** Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

Se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

**Artículo 38.-** La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.”.

**(5 x 0)**

### **Artículos 40 y 41**

- Pasaron a ser artículos 39 y 40, sin otra enmienda.

### **Artículos tercero y cuarto transitorios**

- Reemplazarlos por el siguiente:

“Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.”.

**(5 x 0)**

-----

Si son acogidas las modificaciones anteriores, el proyecto de ley cuya aprobación propone la Comisión de Salud queda como sigue:

**PROYECTO DE LEY:**

**"TÍTULO I  
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD**

**Párrafo 1°**  
Disposiciones Generales

**Artículo 1°.-** Las Garantías Explícitas en Salud forman parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

**Artículo 2°.-** El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud y los recursos de que disponga el país.

**Artículo 3°.-** El Régimen de Garantías en Salud establecerá las enfermedades o condiciones de salud y sus prestaciones asociadas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, los programas y las prestaciones de salud que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

Con todo, de acuerdo a las prioridades sanitarias y a los criterios y procedimientos que esta ley señala, el Régimen contendrá conjuntamente Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente y que deberán asegurar obligatoriamente el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional a sus respectivos beneficiarios. **El conjunto de dichas Garantías Explícitas contribuirá a la determinación de la Prima Universal, de conformidad con las disposiciones de esta ley.**

Las garantías señaladas en el inciso anterior podrán ser diferentes para una misma prestación, de acuerdo a la

enfermedad, grupo de personas u otros criterios generales, y deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias que correspondan.

El Ministerio de Salud dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud no contempladas en el inciso segundo, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, teniendo presente los recursos físicos, humanos y presupuestarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo, las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas a otorgar las prestaciones y cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud **asegura como mínimo, en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 30 de esta ley**, y las demás prestaciones que deban otorgar conforme a los contratos de salud celebrados con sus afiliados de acuerdo a la ley N° 18.933.

**Artículo 4°.-** Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo anterior, se entenderá por:

a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

b) Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado **o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937**.

c) Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los

casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) **Garantía Explícita de Protección Financiera:** La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

#### **Párrafo 2° De la Cobertura Financiera Adicional**

**Artículo 5°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional, en los términos y condiciones que establece el presente Párrafo y su reglamento.**

**Artículo 6°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo.**

**Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional.**

**Artículo 7°.- Para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.**

**En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer**

copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Para los efectos de lo dispuesto en este artículo, en caso de que la cotización base sea la legal, dicha cotización será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o las equivalentes, en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral; dicho promedio deberá calcularse retroactivamente, a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

En el caso de la cotización pactada, para calcular el deducible dicha cotización será la del mes anterior a aquel en que se devenga el primer copago.

**Artículo 8°.-** Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el inciso anterior. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

**Artículo 9°.-** El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará

desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional para otorgar dichas Garantías.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, tratándose de una urgencia vital o que genere una secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable, el beneficiario podrá ser hospitalizado en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional. En tal caso, los copagos devengados en el establecimiento se computarán para el cálculo del deducible, no pudiendo exceder del monto que habría correspondido pagar dentro de la Red Asistencial o al prestador designado por la Institución de Salud Previsional.

El beneficiario deberá dar aviso al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional respectiva, dentro de las 72 horas siguientes de producido el evento.

En los casos señalados en este artículo, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional tendrán la facultad de trasladar al paciente a un prestador de la Red Asistencial o al designado por la Institución de Salud Previsional para dar las Garantías Explícitas en Salud, salvo que éste se encuentre médicamente impedido de hacerlo.

En caso de que, existiendo autorización médica, el paciente o sus familiares se nieguen al traslado, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.

Si, con posterioridad, el paciente decide ingresar a la Red Asistencial o atenderse con el prestador designado por la Institución de Salud Previsional, se reiniciará el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

**Artículo 10.-** Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, fijará las

**normas para la adecuada aplicación de lo dispuesto en este Párrafo, debiendo establecer, entre otras cosas, los supuestos de hecho que configuran un evento, el momento de inicio y término del mismo, las circunstancias en que una atención o un conjunto de atenciones será considerada de urgencia vital o generadora de una secuela funcional grave, la información que deberá registrarse como mínimo y los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.**

### **Párrafo 3º**

De la determinación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

**Artículo 11.-** Las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

**Artículo 12.-** Al iniciar el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal al que deberá ajustarse.

**Se entenderá por Prima Universal el gasto esperado individual promedio del conjunto de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asociado a las Garantías Explícitas en Salud, deducido el 20% de contribución que debe efectuar el afiliado conforme a lo establecido en el párrafo primero de la letra d) del artículo 4º de esta ley.**

**Artículo 13.-** La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que considere la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno.

**Artículo 14.-** Considerando los estudios señalados en el artículo precedente, y la experiencia y la evidencia

científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus respectivas intervenciones, debiendo descartarse aquellas para las cuales no haya fundamentos de que las intervenciones disponibles significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados. Asimismo, se deberá estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. Un reglamento establecerá las variables y el mecanismo que deberán utilizarse para la priorización.

**Artículo 15.-** La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional intervendrán en el proceso, en la forma y condiciones que dispongan esta ley y el reglamento, y deberán proporcionar toda la información necesaria, en la forma y condiciones que el Ministerio de Salud solicite.

**Artículo 16.-** Para la realización del estudio señalado en el artículo anterior, el Ministerio de Salud, mediante resolución publicada en extracto en el Diario Oficial y en otro medio impreso o electrónico de amplio acceso nacional e internacional, convocará a una licitación para oferentes nacionales e internacionales, que se regirá por las reglas establecidas en la presente ley y, supletoriamente, por lo dispuesto en la ley N° 19.886.

Las bases administrativas y técnicas deberán contemplar, entre otras materias, el plazo de entrega del estudio, los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse, la realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional y un plazo para que éstas y aquél realicen observaciones.

**Artículo 17.-** Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta a la consideración del Consejo Consultivo. Cumplidos los procedimientos regulados en este Párrafo y en el siguiente, los Ministros de Salud y de Hacienda dictarán el decreto a que se refiere el artículo 11.

**Artículo 18.-** Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las

Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

**Artículo 19.-** El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán informar periódicamente a la Superintendencia de Salud los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de las Garantías Explícitas del Régimen. Esta información deberá ser considerada en los estudios que deben desarrollarse conforme al procedimiento descrito en los artículos anteriores.

**Párrafo 4°**  
Del Consejo Consultivo

**Artículo 20.-** Un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

El Consejo será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con esta ley, deba ser oído.

**Artículo 21.-** El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

1.- Un representante de la Academia Chilena de Medicina, elegido por ésta.

2.- Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

3.- Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas conforme al reglamento.

4.- Un representante de las facultades de química y farmacia de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegido por éstas conforme al reglamento.

5.- Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Los consejeros durarán en sus cargos tres años y su elección o designación podrá renovarse por una sola vez. No percibirán remuneración alguna por su desempeño.

El Consejo será presidido por uno de sus miembros, elegido por éstos conforme al reglamento. Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda.

Asimismo, contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a propuesta del Consejo. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

**Artículo 22.-** El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre la propuesta a que se refiere el artículo 17.

Asimismo, dará su opinión respecto de todas las materias en que el Ministro pida su parecer.

Las modificaciones que proponga el Consejo deberán indicar los ajustes necesarios para mantener el costo de la propuesta dentro del marco presupuestario definido.

Para cumplir con lo dispuesto en los incisos precedentes, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, otros antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados, de acuerdo al presupuesto que anualmente le destine para estos efectos dicha Subsecretaría.

Un reglamento establecerá lo relativo al funcionamiento del Consejo, al quórum para sesionar y tomar acuerdos, las causales de inhabilidad o cesación en el cargo de consejero, y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para pronunciarse.

Asimismo, el reglamento señalará la forma en que el Consejo deberá recoger las opiniones del Fondo Nacional de

Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud públicos y privados, las que deberá consignar en su informe.

**Párrafo 5°**

De la vigencia y modificación de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

**Artículo 23.-** Las Garantías Explícitas en Salud y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Con todo, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan circunstancias calificadas y fundamentadas en el decreto respectivo.

**Las Garantías Explícitas en Salud tendrán una vigencia de tres años.** Si no se hubieran modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley, especialmente los contemplados en los Párrafos 3° y 4° de este Título.

**Párrafo 6°**

De la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

**Artículo 24.-** El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios. El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las garantías explícitas.

Cumpléndose las condiciones del inciso primero, los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores de salud deberán estar registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

**Artículo 25.-** Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas. Dichos beneficiarios, para acogerse a las normas del Régimen de Garantías en Salud, deberán atenderse en la Red Asistencial respectiva, gozando en ella de las Garantías Explícitas.

**Artículo 26.-** Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad. **Corresponderá al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.**

En caso contrario deberán atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

**Artículo 27.-** Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

**Artículo 28.-** Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por el Régimen, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la

Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata esta ley.

**Artículo 29.-** La Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las enfermedades o condiciones de salud garantizadas explícitamente: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para cumplir con la Garantía Explícita de oportunidad prevista en esta ley en caso de que la prestación no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

**Párrafo 7°**  
Otras obligaciones

**Artículo 30.-** En la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a los afiliados de la ley N° 18.469 y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas.

**Artículo 31.-** Las modificaciones a la cobertura financiera que se realicen conforme al artículo anterior, no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, **entre el mes precedente a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud o sus posteriores modificaciones y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.**

**Artículo 32.- El decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud** determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la ley N° 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior.

## **TÍTULO II** **DISPOSICIONES VARIAS**

**Artículo 33.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Agrégase la siguiente letra g), al artículo 6°:

“g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728.”.

2.- Sustitúyese el encabezado del artículo 8° por el siguiente:

“Artículo 8°.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir todas las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que establezca el decreto correspondiente. Dicho Régimen de Garantías deberá contener, a lo menos, las siguientes prestaciones:”.

3.- Modifícase el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 11.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud.”.

b) Suprímense los incisos tercero y cuarto.

4.- Agréganse, en el artículo 27, los siguientes incisos nuevos:

“La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por el cotizante o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asisten-

cial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

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

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

**5.- Modifícase el inciso final del artículo 30 de la siguiente manera:**

**i. Reemplázase la expresión “Servicio de Salud”, por “Fondo Nacional de Salud”.**

**ii. Sustitúyese la oración “de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud” por la siguiente, precedida por una coma (,): “pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red”.**

**6.- Agrégase, a continuación del artículo 30, el siguiente artículo 30 bis, nuevo:**

“Artículo 30 bis.- Para las prestaciones que tuvieran garantía explícita de protección financiera, el porcentaje determinado conforme al artículo anterior no podrá ser inferior al que establezca para ellas el Régimen de Garantías en Salud.”.

**Artículo 34.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

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

b) Sustitúyese, en la letra j), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma (,).

c) Agrégase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva:

"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud."

2.- En el inciso segundo del artículo 33:

a) Sustitúyese el encabezado, por el siguiente:

"En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:"

b) Reemplázase la letra a), por la siguiente:

"a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 18 de la ley N° 18.469, y los referidos en el artículo 35 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."

d) Intercálase, en el párrafo primero de la letra d), a continuación de la palabra "reemplace", la expresión: "en la modalidad de libre elección"; y sustitúyese el párrafo segundo de dicha letra, por el siguiente:

"El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título."

3.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Artículo 33 bis.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 30 de la ley que establece el Régimen de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”.

4.- Intercálase, a continuación del artículo 42, el siguiente Párrafo 5°, nuevo, pasando los actuales párrafos 5° y 6° a ser 6° y 7°:

“Párrafo 5°

De las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 42 A.- Además de lo establecido en los artículos 33 y 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo 42 C, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 42 B.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las

contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

**La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.**

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 42 C.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 39, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 42 D.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de esta ley, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 42 E.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 38, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.”.

**Artículo 35.-** Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, las oraciones que comienzan con la frase “por petición expresa del Ministro de Salud” y terminan con la frase “si las circunstancias así lo ameritan”, así como la coma (,) que las antecede.

**Artículo 36.-** Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, mantendrán su vigencia las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa establecidas en las siguientes normas legales: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva; 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.

### **TITULO III**

#### **DE LA RESPONSABILIDAD EN MATERIA SANITARIA**

**Artículo 37.-** Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

Se entenderá que hay falta de servicio cuando, por incumplimiento de las normas legales o reglamentarias que rigen la actividad, el órgano no funcione, funcione mal o funcione tardíamente.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, en el ejercicio de sus funciones y mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria que sean condenados en juicio, por la concurrencia de culpa o dolo de los funcionarios en el ejercicio de sus funciones o habiendo utilizado elementos proporcionados por el servicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario.

**Artículo 38.-** La acción para perseguir esta responsabilidad prescribirá en el plazo de cuatro años, contados desde la acción u omisión.

**Artículo 39.-** La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.

No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según

el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.

**Artículo 40.-** El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán responsables por falta de servicio o por el incumplimiento negligente, según corresponda, de su obligación de asegurar el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en esta ley, siempre que tal incumplimiento sea consecuencia directa de su actuar.

Responderán del incumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud los prestadores inscritos ante la Superintendencia de Salud, y no las instituciones mencionadas en el inciso anterior, en caso de que el referido incumplimiento sea consecuencia de la acción u omisión de dichos prestadores.

## ARTÍCULOS TRANSITORIOS

**Artículo primero.-** Las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud entrarán en vigencia según el siguiente cronograma:

- 1.- A contar del 1 de abril de 2005, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 0,92 unidades de fomento.
- 2.- A contar del 1 de abril de 2006, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 1,84 unidades de fomento.
- 3.- A contar del 1 de abril de 2007, las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud que generen, en conjunto, una Prima Universal anual no superior a 2,75 unidades de fomento.

Si a las fechas indicadas el decreto respectivo no hubiera sido publicado en el Diario Oficial o si, habiendo sido publicado, no hubieran transcurrido al menos cinco meses, el Régimen entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la publicación que corresponda.

El procedimiento de elaboración del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud no será aplicable en el caso del N° 1 de este artículo. Para la elaboración de los restantes decretos será necesario cumplir todos los trámites previstos en esta ley.

**Artículo segundo.-** El cambio en el valor de la Prima Universal que se fije en el decreto posterior al que se dicte en aplicación

del N° 3 del artículo precedente, no podrá ser superior a la variación real experimentada por el Índice General de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace, entre el mes precedente a la promulgación del decreto del N° 1 del artículo anterior y el mes anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

**Artículo tercero.- La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.”.**

-----

Acordado en sesiones de fechas 11 y 17 de mayo de 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 17 de mayo de 2004.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario

**INDICE**

Discusión y votaciones	5
Modificaciones	22
Texto del Proyecto	29
Indice	50
Anexos	