Boletín N° 10.807-11

Proyecto de ley, iniciado en moción del Honorable Senador señor Navarro, con la que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, que fija el refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N$^{os.}$ 18.933 y 18.469, en lo relativo a 1a obligatoriedad de aceptar los bonos FONASA como medio de pago en los establecimientos de salud privada.

Antecedentes:

1.- Hoy, la falta de médicos y sobre todo de especialistas en el Sistema de Salud Público son síntomas de una crisis que se ha prolongado por varios años y que los distintos gobiernos, sin excluir al actual, no han podido dar solución de manera efectiva. El déficit de médicos especialistas no es una novedad. Es un problema crónico que afecta fundamentalmente al Sistema Público de Salud. Las causas pueden ser múltiples, pero sin duda que los factores económicos juegan un papel trascendental. [1]Según los últimos informes del Ministerio de Salud, indica que en Chile -a enero del 2016- hay 1.552.205 personas en lista de espera para atenderse con un médico especialista y 240.536 aguardando por una cirugía.

2.- El diagnóstico inicial de esta administración es que el déficit de médicos en el sector público, mantiene una brecha de [2]3.795 médicos en la red pública, correspondiente a 2.791 especialistas y 1.004 subespecialidades.

3.- De acuerdo con el [3]"1° Informe sobre los Prestadores Individuales de Salud Inscritos en el Registro Nacional de la Superintendencia de Salud (SIS) y la Dotación de Personal del Sector Público al 30 de septiembre de 2014, (...) Chile cuenta con una densidad total de Médicos por 100.000 Habitantes de 199,2 que suma una razón de 92,4 de Médicos Generales y 106,8 de Médicos Especialistas. Comparado con el promedio de los 34 países de la OCDE, que alcanza un total de 320 por 100.000 habitantes, el indicador global de Chile sigue siendo bajo, sin perjuicio del crecimiento observado entre 2008 y 2014: desde 160 por 100.000 al valor actual de 199.

En Argentina, Uruguay y México, las densidades totales de médicos por 100.000 habitantes se encuentran también más altas que en Chile, alcanzando respectivamente 298,4; 388,7 y 217,0 por 100.000 habitantes. Brasil presenta un valor cercano al de Chile, con un poco más de 200,0 por 100.000."

Estas densidades se traducían en que el país aspiraba a contar en promedio al 2014 con 1 Médico por 502 habitantes, indicador que se desglosaba en 1 Médico General por 1.082 y 1 Médico Especialista por 936 habitantes. Lo que está muy por debajo del promedio de tres médicos que tienen los países que pertenecen a la OCDE.

4.- Tomando como base el mismo informe estas cifras son aún más desalentadoras al depurar por [4]"especialistas contratados exclusivamente en el sector privado":

cirujanos plásticos (80,3%), dermatólogos (71,6%), diabetólogos (60%), endocrinos adulto (65,9%), gastroenterólogos adulto (72,7%), imagenólogos (66,5%), laboratoristas clínicos (70,8%), oftalmólogos (65,8%), otorrinos (65,8%), psiquiatras adulto (63,4%), reumatólogos (64,3%) y médico-legales (90,5%).

5.- Una de las medidas adoptadas por el Minsal para abordar esta crisis dice relación con el aumento de la formación de nuevos médicos especialistas. Así las cosas, [5]en 2014 se dio a conocer el Plan de Ingreso, Formación y Retención de Médicos y Especialistas. Iniciativa que pretende aportar a Chile 1.480 nuevos médicos a la Atención Primaria de Salud e iniciar la formación de 4.000 especialistas durante el período 2015-2018. Como resultado de lo anterior, a partir de abril de 2015 comenzaron a ingresar al sistema público 552 nuevos médicos recién egresados que se distribuyen en consultorios y centros de salud familiar de 90 comunas urbanas y en los hospitales comunitarios, así como en consultorios de más de 50 comunas rurales a lo largo de todo Chile. Y, de acuerdo a lo informado por el Minsal, el presupuesto 2015 para el Plan de Ingreso, Formación y Retención de Médicos y Especialistas contemplaba un aumento del 83% respecto de los recursos disponibles en el período anterior, lo que para ese período implicó destinar un monto de $81.186 millones de pesos a la formación de especialistas, más habilitación de los campos clínicos para la docencia; ampliación de ciclo de médicos generales rurales y urbanos, y programas de educación continua para mantener las competencias profesionales de los médicos que ingresan al sistema público.

6.- No obstante las medidas adoptadas por el Minsal para paliar la falta de especialistas, los hechos demuestran que ello no es suficiente para hacer frente a esta crisis, porque en la formación de nuevos especialistas se mantiene la insuficiente capacidad de los Servicios de Salud y de las Universidades para formar a aquellos. Un elemento importante de este problema dice relación con la dificultad de obtención de campos clínicos por parte de las universidades, que al final se quedará con uno de ellos la universidad que realice la mejor oferta dentro del proceso. De esta manera, al momento de resolver ampliar los cupos por especialidad, la carencia de infraestructura y de facultativos formadores se han transformado en una traba difícil

---

[1] Informe de Glosa 06, Lista de Espera No Ges. Garantías de Oportunidad GES Retrasadas. Enero 2016. Ministerio de Salud. Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estudios, Innovación e información para la gestión. Marzo 2016. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Informe-Glosa-06-Enero-2016-final-1.pdf (Julio, 2016)

[2] 1° Informe sobre los Prestadores individuales de Salud Inscritos en el Registro Nacional de la Superintendencia de Salud (SIS) y la Dotación de Personal del Sector Público al 30 de Septiembre de 2014. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Dpto. Planificación de RHS y Control de Gestión.
Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf (Julio, 2016)

[3] Ibídem 2.

[4] Ibídem 3.

[5] Ministerio de Salud. Cuenta Pública 2015. Págs. 441-442. Disponible en: http://www.gob.cl/cuenta-publica/2015/sectorial/2015_sectorial_ministerio-salud.pdf (Julio, 2016).

de hacer frente. Por su parte, las sociedades médicas cuidan con especial celo la cantidad de especialistas a formar, amparándose en el argumento de la calidad.

Pero para muchos la causa principal de la falta de especialistas en el Sistema de Salud Público se debería: a la salida masiva de médicos al sector privado.

7.- Conforme consigna una investigación realizada por Ciper: [6]"Una especialización médica dura tres o cuatro años, dependiendo de la disciplina. Una vez terminada la formación, la grúa del sistema privado empieza a operar. Ofreciendo sueldos mucho más altos que los del sistema público y haciéndose cargo del pago de la multa por no cumplir con el compromiso contraído con el Estado para su formación, los establecimientos privados se llevan una porción de los recién egresados. En julio de 2015, esa cifra no superaba el 5%. Ese número se multiplica cuando los especialistas ya han devuelto su deuda con el Estado.

Una vez que los médicos especialistas terminan su proceso de devolución en un servicio público, la grúa vuelve a funcionar: un 30% de ellos migra al sector privado, y un año después los sigue otro 20%. O sea, en dos años, sólo queda un 50% de los egresados en el sector público. Según un estudio realizado por el Banco Mundial en 2008, el 58% de las horas médicas de especialistas estaban en el sector privado, dejando sólo un 42% en el público. Hoy, (...) esta diferencia ha llegado a ser de un 54% de especialistas en el sistema privado y un 46% en el público."

8.- Esta situación se relaciona con la [7]creación del AUGE, con las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad de atención que se inició en 2005 con 25 patologías -hoy suman 80-, lo que no se asoció a una política de formación de especialistas acorde a los requerimientos y plazos del programa, lo que contribuyó a incrementar el déficit y [8]la gran mayoría de los centros asistenciales del Estado no pudieron -y aún no pueden- dar respuesta a la demanda surgida, debiendo recurrir para cumplir con los compromisos AUGE a la compra de servicios a privados, a precios altísimos, lo que ha generado en parte el creciente aumento de la deuda hospitalaria que hoy llega a un histórico de $200 mil millones.

9.- Lo antes abordado da cuenta de la existencia de una inequitativa distribución de especialistas entre el sector público y el privado, el cual tendría al 50% de los médicos atendiendo al sector privado y el otro 50% a los más de 13 millones de personas aseguradas por FONASA[9]. Bajo este escenario se da la situación de que parte del universo que pertenece a Fonasa no cuenta con los recursos económicos

---

[6] Por qué y cómo opera la grúa del sector privado. Crisis de médicos especialistas en la salud pública: Las causas de un tumor de larga data. Por: Catalina Albert y Matías Jara en Reportajes de Investigación. Publicado: 01.09.2015. Disponible en: http://ciperchile.cl/2015/09/01/crisis-de-medicos-especialistas-en-la-salud-publica-las-causas-de-un-tumor-de-larga-data/ (Julio, 2016).

[7] Fuente: http://www.latercera.com/noticia/nacional/2016/03/680-672169-9-por-que-no-se-revierte-el-deficit-de-medicos-especialistas-en-chile.shtml (Julio, 2016).

[8] Ibídem 6.

[9] Fuente: http://lyd.org/wp-content/uploads/2015/01/TP-1191-SECTOR-P%C3%9ABLICO-EN-SALUD.pdf (Julio, 2016).

suficientes para poder consultar en algún establecimiento e institución de salud privada, como asimismo, médicos especialistas que atiendan en dicho sector y que a su vez no reciban bono Fonasa, inhibiendo la posibilidad de muchos chilenos y chilenas de poder acceder a un sector de la salud, de la medicina que en determinadas ocasiones presenta mejores índices de calidad y servicio que los que entrega la salud pública y, por ende, limitando y encuadrando las alternativas de acceso a la medicina de ese 80% de la población que se atiende en el sector público a condicionantes relativos a factores sociales, económicos y culturales. A pesar de que el costo corre de parte del FISCO y de los usuarios de FONASA, es decir, de que las clínicas privadas no reciben ningún tipo de perjuicio, tanto los establecimientos de salud privada como los médicos asociados a ellos, no aceptan como medio de pago los bonos FONASA. En este sentido y como señala el "Manual FONASA en 100 Preguntas Guía Práctica para los Asegurados: ¿Uno se puede atender en todos los establecimientos privados? No, sólo se pueden atender en aquellos prestadores privados que han suscrito un convenio con Fonasa en la Libre Elección y que suman cerca de 38 mil (profesionales médicos y no médicos, centros médicos, laboratorios, clínicas, etc.) (...)."

10.- De suyo esto es una discriminación arbitraria, pues este medio de pago los deja absolutamente indemnes. La única explicación es discriminación arbitraria, es decir, por motivos ajenos a los legalmente aceptados. Aceptando esta situación, Chile vulnera tratados internacionales, tales como, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que expresamente reconocen los derechos a la vida y la salud.

11.- A mayor abundamiento, lo planteado en este proyecto se manifiesta en contra de lo resuelto por la [10]Naciones Unidas desde el 12 de diciembre de 2012 sobre la cobertura sanitaria universal cuyo respaldo mundial ha venido cobrando cada vez mayor fuerza desde que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad aquella resolución en la que se destaca la importancia fundamental de la salud para el desarrollo internacional. Dicha resolución insta a los gobiernos a adoptar medidas para garantizar a todos el acceso a servicios de salud asequibles y de calidad. Asimismo, se reconoce el papel de la salud en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente y se insta a los países, a las organizaciones de la sociedad civil y a las organizaciones internacionales a que promuevan la inclusión de la cobertura sanitaria universal en el programa internacional de desarrollo.

12.- Finalmente, tal es el nivel de segregación y discriminación que la espera por varios meses o años en el sector público, se resuelve en la misma semana en una clínica privada. Por ende, a esta altura de los tiempos no se puede aceptar esta discriminación, por lo que se propone la obligación de aceptar este mecanismo de financiamiento, so pena de en virtud de la omisión legislativa el Estado de Chile contravenga lo dispuesto en Tratados Internacionales.

Por tanto, vengo en presentar el siguiente,

[10] Fuente: http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/es/ (Julio, 2016).

PROYECTO DE LEY

Artículo primero.- Modificase el Decreto con Fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, incorporando un inciso final a su artículo 143, del siguiente tenor:

"Con todo, los establecimientos e instituciones de salud privada y los profesionales que presten servicios asociados a los mismos, aceptarán siempre y en cualquier circunstancia, el financiamiento de libre elección ligado al Fondo, por lo cual deberán celebrar el acuerdo señalado en el inciso primero".

Artículo transitorio: Los establecimientos e instituciones de salud privada y los profesionales que presten servicios asociados a ellos, deberán celebrar el acuerdo señalado en el inciso primero del artículo 143 del Decreto con Fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 dentro del plazo de seis meses contados desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial.