

**INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE CREA EL “SEGURO SALUD CLASE MEDIA” A TRAVÉS DE LA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA**

**BOLETÍN N° 12.662-11**

---

**HONORABLE CÁMARA:**

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

Se ha hecho presente la urgencia, en carácter de “discusión inmediata”, con fecha 23 de octubre de 2019.

\*\*\*\*\*

**CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.**

**1) La idea matriz o fundamental del proyecto es** crear un seguro de salud para la clase media que permita que las personas beneficiarias del sistema público de salud (Fonasa), y que opten por ser atendidas en la modalidad de libre elección, tengan certeza sobre el límite máximo que deberán pagar en forma directa, como gasto de bolsillo adicional, en algunas prestaciones a determinar, luego de haber hecho uso de una prestación de salud.

Para lograr esos objetivos, esta iniciativa legal está estructurada en base a un artículo permanente y cuatro transitorios.

**2) Normas de carácter orgánico constitucional o de quórum calificado.**

No hay.

**3) Normas que requieren trámite de Hacienda.**

El artículo único, y los artículos tercero y cuarto transitorios.

**4) El proyecto fue aprobado, en general, por la mayoría absoluta de los miembros de la Comisión (7 votos a favor y 6 en contra).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, Durán, Macaya, Olivera (en reemplazo de Andrés Celis), Ossandón, Troncoso (en reemplazo de Sergio Gahona) y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Castro, Ricardo Celis, Ibáñez, Labra, Rosas y Vidal (en reemplazo de Miguel Crispi).

**5) Diputado Informante:** señor Ricardo Celis Araya.

Durante el análisis de esta iniciativa legal, la Comisión contó con la colaboración del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi. Asimismo, concurrieron por parte del Ejecutivo, e intervinieron en sus sesiones, el Director de Fonasa, señor Marcelo Mosso Gómez, y el asesor señor Jaime Gonzalez Kazazian.

## **I.- ANTECEDENTES.**

- **Fundamentos del proyecto de ley contenidos en el mensaje.**

Señala el mensaje que, la protección de la salud se ha convertido en motivo de una preocupación ciudadana creciente y sostenida, unida a expectativas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito.

Explica que, en lo que se refiere a las prestaciones de salud del sistema público de atención, la legislación actual considera que se provea a través de dos modalidades:

a) La Modalidad de Atención Institucional (MAI) que es desarrollada en los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud del país, y los establecimientos de salud de carácter experimental, así como aquellos establecimientos del sector privado que presten servicios al sistema, previo convenio, y

b) La Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE), otorgada por profesionales y establecimientos o entidades asistenciales de salud que mantienen convenios con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

Hoy, Fonasa entrega cobertura a más de 14 millones de personas, de las cuales casi el 24% de ellas son personas carentes de recursos para cotizar en salud y están inscritas en el llamado "Grupo A". Este Grupo A, solo tiene acceso a la Modalidad de Atención Institucional. Por su parte, las personas afiliadas a Fonasa que pertenecen a los Grupos B, C, y D, tienen acceso a la Modalidad de Libre Elección.

En la Modalidad de Atención Institucional, los grupos de más alto ingreso "C" y "D" tienen que pagar un equivalente al 10% y al 20%, respectivamente, del valor del arancel de la prestación en el prestador público. En la Modalidad de Libre Elección, el valor de copago es igual para cualquiera que pertenezca a los tramos "B", "C", y "D", y depende de cada prestación. Esta Modalidad de Libre Elección, se ve fuertemente limitada por la escasa cobertura financiera que otorga en algunas materias, más aún tratándose de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, casos en los cuales existen valores superiores al arancel cuya diferencia debe ser cubierta íntegramente por el afiliado.

En efecto, de acuerdo a la información de Fonasa, la cobertura efectiva, en 2018 para prestaciones como "día cama" en Modalidad de Libre Elección, es de entre 2% y 5%, a pesar de tener una cobertura referencial sobre el

arancel de un 50%. Esto ocurre porque la cobertura en Libre Elección se calcula sobre un arancel de referencia, que en el caso de ítems como insumos médicos, día cama, y derecho de pabellón, por ser cuentas “excedibles” (es decir, que el prestador no se obliga a respetar el arancel), muchas veces no refleja el costo real de la prestación, produciendo un gasto de bolsillo adicional para los beneficiarios de Fonasa. Esta situación afecta fundamentalmente a la clase media.

Podrán hacer uso de esta Modalidad de Atención un total de 10.714.789 personas beneficiarias de Fonasa, a diciembre de 2018. La clase media en el país enfrenta dificultades que pueden poner en riesgo sus avances e incluso hacerla retroceder a la pobreza, lo que genera fuertes temores respecto a ciertas contingencias y momentos de la vida adversos. Esto se acrecienta debido a que normalmente quedan fuera de la protección y los beneficios sociales del Estado, puesto que superan los umbrales definidos para acceder a éstos.

Se señala en el mensaje, que el acceso a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista financiero para los hogares.

En Chile, a pesar de que el 97% de la población declara estar cubierta por algún esquema previsional de salud y casi el 80% de ellos está en Fonasa, 2 de cada 3 personas declaran que les preocupa porque no saben si podrán pagar la atención que necesiten ante una enfermedad grave .

Por tal motivo, señala el mensaje, el Gobierno está comprometido con las políticas sociales y el avance en los modelos de cobertura y accesibilidad garantizados, especialmente tratándose de la protección de eventos catastróficos con gran impacto económico, como son las enfermedades o problemas de salud para la clase media. Por ello, se presenta este proyecto que crea un “Seguro de Salud Clase Media”, que pueda estar disponible tanto en la red pública, como en la red privada de prestadores en convenio, para avanzar en la ampliación del acceso a la clase media en Fonasa, permitiendo que las personas tengan más opciones de atención de salud, e incorporando certeza en cuanto al gasto máximo de bolsillo que una situación catastrófica como ésta le pueda producir.

Asimismo, hace presente que esta iniciativa legal forma parte de un programa mas amplio de protección para la clase media, denominado “Clase Media Protegida”, y que contempla varias iniciativas para protegerla ante eventos adversos como el desempleo, las enfermedades más graves, el costo de la educación superior, la longevidad y la dependencia física, el acceso a una vivienda, y los delitos violentos. Para ello, indica, es necesario fortalecer las atribuciones legales de Fonasa para crear coberturas y protecciones adicionales.

Finalmente, explica cuál es el objeto o finalidad concreta del proyecto: dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial, mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud con certeza en el gasto máximo de bolsillo gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario.

Dicho gasto máximo anual está en concordancia con lo establecido como “umbral nacional de costo anual” en la ley N° 20.850, conocida como “ley Ricarte Soto”, para determinar si un diagnóstico o un tratamiento es de alto costo. Las prestaciones serán otorgadas en la Modalidad de Libre Elección a través de una red de prestadores preferentes, públicos y privados, en convenio para estos fines, lo cual permitirá a Fonasa convenir precios con estos prestadores mediante mecanismos de transferencia de riesgo compartido como son, por ejemplo, los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD). Estará disponible para todos los afiliados del sistema público de salud que enteran cotizaciones a Fonasa para el financiamiento de las prestaciones de salud que ellos y sus beneficiarios requieren.

- **Contenido del proyecto.**

El proyecto cuenta con un artículo único permanente y cuatro artículos transitorios.

El artículo único, propone incorporar un artículo 143 bis, en el articulado permanente 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 N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial, denominada “Seguro de Salud Clase Media”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución del Fondo Nacional de Salud.

Las intervenciones y tratamientos, que tendrán esta cobertura financiera especial, incluyen el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, y las complicaciones post hospitalarias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones y tratamientos a financiar con el “Seguro de Salud Clase Media”, con un informe relativo a su impacto fiscal.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro. Existirá una red preferente para el otorgamiento de estas intervenciones y tratamientos, la que estará constituida por aquellos prestadores, públicos o privados, que suscriban un convenio con Fonasa, para cada una de las intervenciones y tratamientos. Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que hayan enterado al menos seis cotizaciones dentro de los doce meses anteriores a su activación, y los beneficiarios que de él dependan. Cada intervención y tratamiento será financiado en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado.

- El monto hasta el cual el afiliado soportará será el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar, constituido para estos efectos por el afiliado y los beneficiarios que de él dependan, dividido por el número total de sus integrantes.

- Se establece también que en ningún caso el monto que soportará el afiliado podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

- Asimismo, se establece un gasto máximo anual por beneficiario.

- Los ingresos anuales del grupo familiar se determinarán de acuerdo a la información que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Y se dispone que para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para los efectos señalados anteriormente, existirán dos reglamentos: el primero, que regulará el procedimiento para determinar el ingreso anual del grupo familiar, el que será emitido por el Ministerio de Salud y suscrito también por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda; y el segundo, dictado por el Ministerio de Salud, a proposición de Fonasa, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, que regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El artículo primero transitorio del proyecto establece la norma de vigencia. Señala que la ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

El artículo segundo transitorio, establece que los referidos reglamentos deberán dictarse dentro de los 90 días siguientes a la publicación de la ley en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda la propuesta de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los 30 días siguientes a la publicación de la ley. El Ministerio de Hacienda tendrá un plazo de 20 días para realizar sus observaciones, debiendo remitir estas al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, el cual deberá finalizar la tramitación de los reglamentos.

La tercera norma transitoria dispone que durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables.

El artículo cuarto transitorio, consagra que el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con

dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

- **Impacto financiero del proyecto<sup>1</sup>.**

Se presentaron dos informes financieros.

Uno, junto al proyecto original, de fecha 27 de mayo de 2019, cuya estimación de gasto se refleja en el cuadro siguiente:

**Tabla 1:** Estimación del gasto fiscal incremental del proyecto de ley  
(en MM\$ de cada año)

	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
Gasto MLE (\$MM)	\$13.276	\$15.773	\$19.380	\$21.474	\$23.744	\$25.676
Gasto LEQ (\$MM)	\$5.353	\$6.360	\$7.815	\$8.659	\$9.574	\$10.354
Margen de Seguridad	\$931	\$1.107	\$1.360	\$1.507	\$1.666	\$1.801
<b>Gasto Año (\$MM)</b>	<b>\$19.560</b>	<b>\$23.240</b>	<b>\$28.554</b>	<b>\$31.641</b>	<b>\$34.984</b>	<b>\$37.831</b>

MLE: Modalidad de Libre Elección (gasto generado por mayor cobertura del consumo actual). LEQ: Lista de Espera Quirúrgica no GES (gasto estimado como nuevo por el uso de la MLE para resolución de lista de espera).

El segundo informe financiero fue presentado con fecha 24 de octubre de 2019, junto a las indicaciones respectivas, para aumentar cobertura y gasto, del siguiente tenor:

**II. Efecto del proyecto de ley sobre el Presupuesto Fiscal**

La indicación propuesta tiene por consecuencia incrementar los potenciales usuarios del seguro. El efecto de las indicaciones se muestra en la siguiente tabla:

	<b>Gasto Incremental Indicaciones (Millones de \$ de cada año)</b>					
	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
<b>Total de Gasto Incremental</b>	\$2.163	\$2.541	\$3.068	\$3.329	\$3.594	\$3.786

- **Normas legales que se propone modificar o que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

Este proyecto de ley introduce un artículo 143 bis, nuevo, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1997, y de las leyes Nos.18.933 y 18.469.

## **II.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.**

<sup>1</sup> El análisis y detalle de los respectivos informes financieros se deben contener en el informe que emane de la Comisión de Hacienda. En este informe de la Comisión de Salud, sólo se insertan los cuadros que reflejan el gasto en dinero que implica la aplicación de esta iniciativa legal.

a) **Discusión general.**

- **Exposición de invitados, expertos e instituciones.**

**1. Marcelo Mosso Gómez, Director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).**

Comenzó señalando que los antecedentes generales del proyecto de ley tienen presente a la clase media chilena, y su protección. La clase media ha crecido de manera importante los últimos años, hasta convertirse en un importante grupo de personas en el país, y muchas de esas familias se sienten desprotegidas y enfrentan dificultades que pueden hacerles retroceder a la pobreza producto de una enfermedad. Así, un evento inesperado no solo les impacta financieramente, sino que pueden dejar de recibir un tratamiento esencial.

Frente a esa necesidad es que se plantea una nueva cobertura de Fonasa en el marco de la seguridad social.

Al respecto, cabía tener presente que en cuanto a la cobertura mediante modalidad libre elección (MLE) vigente, Fonasa determina 3 niveles de arancel por prestación, o conjunto de prestaciones, proponiendo una bonificación a ese arancel con tope de 60%, con excepción de lo dispuesto en el artículo 53 del decreto supremo N°369/1989, de Salud, relativo a la contribución del valor día-cama, donde en lugar del 60% se financia el 50%, pero pudiendo las entidades y establecimientos inscritos para otorgarlas, cobrar directamente al afiliado la diferencia que se produzca entre dicho valor arancelario y el que fijen libremente para otorgarlas. Además, los prestadores se inscriben y firman un convenio con Fonasa para adherirse a esta modalidad, siendo la inscripción por grupos de prestaciones, aceptando un nivel de arancel.

A la luz de lo anterior, y teniendo presente datos del año 2017, señaló que en función de días-cama, el porcentaje de bonificación efectiva en MLE fue del 2 a 5%.

De igual manera, cabía tener presente las listas de espera de atención a los usuarios. Al respecto, señaló que tratándose de prestaciones quirúrgicas no GES, al 31 de marzo de 2019 existen 250.968 personas en espera, lo que importa un 14% menos que el año 2018, cuando la lista era de 290.873 personas. Asimismo, la cantidad promedio de días de espera ha disminuido, de 483 a 331, lo que significa que las personas continúan esperando casi un año para ser atendidas.

A su vez, que debía considerarse la opinión de los beneficiarios. Al respecto, refirió una encuesta de Espacio Público-Ipsos 2018, en cuanto a la autopercepción de la protección en salud.

Ante la consulta de si el entrevistado o un familiar directo sufriera un accidente o le da una enfermedad grave, cuan de acuerdo se sentiría ante diversas afirmaciones, ante la afirmación de si se sentiría muy preocupado porque no sabe si tiene los recursos necesarios para enfrentar esa situación, un 63% de quienes contestaron y eran usuarios de Fonasa, manifestaron encontrarse de acuerdo, mientras que de los usuarios de isapre, la cifra fue de 41%. Ante la

afirmación que no se preocupaban pues se atendían gratuitamente en el sistema público, el 25% de los usuarios de Fonasa estuvieron de acuerdo, mientras que igual respuesta se obtuvo en el 4% de los usuarios de isapre. Y que ante la afirmación que no se preocupaban porque su sistema de salud tiene buena cobertura, la respuesta fue positiva en el 4% de los usuarios de Fonasa, mientras que en los usuarios de isapre fue el 37%.

Asimismo, debía considerarse que Fonasa tiene 14.244.833 beneficiarios, de los cuales 3.398.935 están adscritos al tramo A, y 10.845.898 adscritos a los tramos B, C y D. La distinción era útil, en tanto el tramo A accede a la modalidad de atención institucional (MAI), mientras que los tramos B, C y D, a la MLE, y a que en materia de copagos, el tramo C es del 10%, mientras que el D, del 20%, teniendo presente que los mayores de 60 años no copagan.

Finalmente, refirió que mientras un 30% de los beneficiarios no ocupan el sistema de salud durante el año, 5.669.918 beneficiarios de Fonasa hicieron uso de MLE durante el año 2018.

Visto todo lo anterior, y abocándose al proyecto de ley, señaló que se propone incorporar un artículo 143 bis en el DFL N°1/2005, del ministerio de Salud, para hacer posible el otorgamiento de una cobertura financiera especial en modalidad libre elección denominada 'Seguro de Salud Clase Media', para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades que se determinen mediante resolución de Fonasa.

Las intervenciones y tratamientos incluyen el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, y las complicaciones post hospitalarias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

Al efecto, Fonasa propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones y tratamientos a financiar con el 'Seguro de Salud Clase Media', con un informe relativo a su impacto fiscal. Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público, dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Asimismo, existirá una red preferente para el otorgamiento de estas intervenciones y tratamientos, la que estará constituida por aquellos prestadores, públicos o privados, que suscriban un convenio con Fonasa para cada una de las intervenciones y tratamientos.

En cuanto a las personas que podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, señaló que serán los afiliados que hayan enterado al menos seis cotizaciones dentro de los doce meses anteriores a su activación, y los beneficiarios que de ellos dependan. Cada intervención y tratamiento será financiado en conjunto entre Fonasa y el afiliado.

El monto hasta el cual el afiliado soportará el gasto será el equivalente al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar, constituido para estos efectos por el afiliado y los beneficiarios que de él dependan, dividido

por el número total de sus integrantes. Los ingresos anuales del grupo familiar se determinarán de acuerdo a la información que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. En ningún caso el monto que soportará el afiliado podrá ser inferior al 40% de 12 veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

Finalmente, se dispone que para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En consecuencia, existirán dos reglamentos. El primero, que regula el procedimiento para determinar el ingreso anual del grupo familiar, el que será emitido por el Ministerio de Salud y suscrito también por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda. El segundo, dictado por el Ministerio de Salud, a proposición de Fonasa, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, que regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas. Estos reglamentos deberán dictarse dentro de los 90 días siguientes a la publicación de la ley en el diario oficial.

En cuanto al articulado transitorio, destacó que durante el primer año de vigencia de la ley la resolución de Fonasa sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Asimismo, que en cuanto a las reglas de financiamiento, anualmente se financiará el seguro según lo disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

A nivel ejemplar, señaló que las siguientes 26 prestaciones podrían ser cubiertas el primer año de vigencia de la ley: 1. Intervención quirúrgica de hernia diafragmática; 2. Endoprótesis de cadera; 3. Endoprótesis de rodilla; 4. cirugía bariátrica; 5. Osteosíntesis de fémur; 6. Amigdalectomía; 7. Reconstrucción mamaria unilateral; 8. Histerectomía; 9. Miomectomía; 10. Meniscectomía; 11. Intervención quirúrgica HNP; 12. Osteosíntesis de tibia y peroné; 13. Osteosíntesis húmero; 14. Tratamiento ortopédico -osteosíntesis de carpianos y metacarpianos; 15. Osteosíntesis de radio y cúbito; 16. Intervención quirúrgica prolapso útero vaginal; 17. Intervención quirúrgica prolapso rectal; 18. Retiro material osteosíntesis; 19. Iridotomía; 20. Fractura de tobillo; 21. Colecistectomía; 22. Intervención quirúrgica hernia; 23. Intervención quirúrgica hallux valgus o rígidus; 24. Intervención quirúrgica manguito rotador; 25. Cirugía de pterigión y/o pseudopterigión, y 26. Safenectomía.

Esta nómina priorizada de intervenciones sanitarias se basa en las intervenciones quirúrgicas con mayor actividad en la MLE, tratarse de las 15 primeras prestaciones en la lista de espera no GES, y tratarse de intervenciones que resuelven una situación invalidante. El gasto presupuestado para el primer año asciende a MM\$19.560, y para los primeros seis años de operación, MM\$175.810.

A modo conclusivo, señaló que el Seguro de Salud Clase Media, parte del Programa Clase Media Protegida, viene a ayudar a solucionar un

problema que hoy tiene el sistema público de salud y que afecta en gran medida a este importante segmento de la población.

Con él, los beneficiarios no solo ganan por la bonificación, sino que, además, por el valor integral de la resolución del problema negociado por Fonasa en una red preferentemente pública, siendo un programa gradual que, al igual que otros en salud como GES o Ricarte Soto, van instalando la salud como un derecho, y su implementación no sólo ayuda a la clase media, sino que también a quienes más los necesitan al liberar la capacidad en la MAI para la atención de quienes no pueden costear este copago o no tienen acceso a la libre elección.

Terminada la exposición, se planteó por algunos integrantes de la Comisión que no les resultaba claro el objetivo del proyecto, toda vez que no se percibía, claramente, la diferencia de lo propuesto con el vigente programa PAD (pago asociado a diagnóstico).

Ello, pues a pesar de la denominación de seguro 'clase media', no es claro a quienes, en concreto, se estima como integrantes de ese segmento de la población. Al respecto, observaron que mientras Fonasa tiene cuatro tramos de beneficiarios según ingresos (A, B, C y D), el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Mideso), que participa en este proyecto, tiene otros sistemas de medición y clasificación social con el registro social de hogares, por lo que cabía revisar el cruce de tal información y si el proyecto tendría impacto al momento de otorgar subsidios sociales por parte de Mideso.

Con todo, se estimó por tales diputados que si bien el proyecto alude a los integrantes de los tramos B, C y D de Fonasa, en la práctica es un proyecto destinado a otorgar cobertura a los beneficiarios del tramo D, de mayores recursos, lo que les hacía recordar a la propuesta de 'Fonasa Plus', que fue motivo de críticas.

Asimismo, les parecía que más que crear un seguro, el objetivo del proyecto era destinar fondos públicos para permitir que ese segmento de la población pueda acceder a prestaciones en modalidad libre elección en el sector privado, lo que por consecuencia permitiría disminuir las listas de espera. Sin embargo, si el objetivo consecuente del proyecto fuese disminuir la lista de espera no GES, no era claro cómo ello se obtenía si, según las cifras que se manejan, sólo 8.600 personas de las más de 250.000 que integran esa nómina podrían ser beneficiadas con este proyecto, lo que lo vuelve un proyecto con un impacto muy acotado.

Con todo, destinar recursos para que ese tramo se atienda en el sector privado mediante modalidad de libre elección podría institucionalizar una discriminación. Al respecto, se hizo presente que el proyecto no promueve un fortalecimiento de la modalidad de atención institucional, que atiende a los demás tramos y a los integrantes del tramo A de modo exclusivo.

De igual manera, que al no haber algún sistema de priorización en el prestador, se terminará tratando de igual manera al prestador público y al privado, lo que terminará engrosando las transferencias de presupuesto público al sector privado, sobre todo en regiones, y no era claro cómo se propone eliminar los

actuales incentivos perversos en la materia, tales como la compra de servicios a médicos fuera de horario.

En tal sentido, se observó que pareciera que el sector privado ya tuviera considerada esta situación, según se podía apreciar en la significativa inversión desarrollada, y en desarrollo, en materia de infraestructura hospitalaria. Asimismo, que cabía revisar cómo se colocaban correctamente los incentivos, a fin que no se produjera una '*jibarización*' del sector público, promoviéndose la migración de profesionales del sector público al privado.

En todo caso, se planteó, la cuestión no era si debía o no participar el sector privado en las prestaciones de salud, sino el precio que el Estado debía pagar al respecto. Ello, pues en tanto política pública la discusión es cómo otorgar con escasos recursos prestaciones a la mayor cantidad de personas que se pueda, disminuyendo las listas de espera y otorgando atención a las prestaciones corrientes en salud. Así, si resultaba que el prestador público y el privado ante la misma prestación cobraban lo mismo, no era tan problemático, pero si se terminaba pagando más en el sector privado, cuestión ocurrente mediante la modalidad de libre elección, era de suyo discutible.

Por todo lo anterior, se estimó que no era claro cómo el proyecto se planteaba como un avance en la comprensión del acceso a las prestaciones de salud como el ejercicio de un derecho. Ello, pues en primer lugar cada año tendrá que discutirse el financiamiento de este programa en la Ley de Presupuestos. Además, no se explicitaba cómo impacta este proyecto en el financiamiento de la modalidad institucional,

En tal sentido, si se propusiera alguna modalidad 'espejo' para el financiamiento de la modalidad institucional en función del financiamiento de la de libre disposición, cabría mayor apoyo a esta iniciativa.

A su vez, algunos integrantes de la Comisión plantearon que los aspectos positivos y negativos, o riesgos de cada proyecto en materia de salud, se definen en función del modelo de salud que se tenga al momento de cualquier análisis. Así, mientras algunos aspiran hacia un plan universal de salud, con aumento del presupuesto institucional y con restricciones a las transferencias al sector privado, otros aceptan un complemento en la acción pública-privada, que permite extraer del sistema público a mucha gente de los tramos C y D, a fin que se atiendan con prestadores privados, lo que permite liberar cupos en el sector público a fin de aumentar la cobertura de los usuarios de tramos A y B. En tal sentido, al menos este proyecto tenía como aspecto positivo el que se genera una contención de los costos.

Finalmente, algunos integrantes de la Comisión señalaron que más allá de la discusión de qué es o quienes integran la clase media, son más de 10 millones los beneficiarios de Fonasa, y si el proyecto beneficia el estado de situación de los tramos C y D, eso ya es un avance.

En tal sentido, algunas de las críticas planteadas al proyecto causaban confusión, pues no era claro si se quiere ampliar el seguro propuesto a otros tramos de Fonasa que el proyecto no contempla, esto es, que el tramo A

tenga permitido acceder a la modalidad libre elección, cuestión que pareciera no contar con apoyo mayoritario, o preferir que no exista este seguro para que todo siga igual.

Así, los críticos de la propuesta no podían olvidar que el primer objetivo de un asegurador, como en la práctica es Fonasa, es evitar que a la primera oportunidad sus asegurados se cambien de seguro. Y este proyecto lo que persigue es precisamente eso, pues si una persona tiene que esperar 600 días para atenderse, a la primera oportunidad que pueda migrar al sector privado a fin de atenderse en menor tiempo, lo hará.

Es a ellos a quienes beneficia este proyecto, colocando requisitos y topes de gasto. De alguna manera, podía ser entendido como un seguro catastrófico, generando beneficios en el corto plazo, y no esperando que se ejecute la inversión en infraestructura hospitalaria, que toma años, pues las listas de espera son actuales, y ahora deben ser abordadas.

Además, no podía olvidarse que el proyecto más que privilegiar la atención según modalidad libre elección, lo que hace es lograr paquetizar mediante licitaciones prestaciones de salud que tendrán precios menores, pues serán definidos en grandes volúmenes de licitación, lo que terminará beneficiando el erario público y a los propios usuarios del sistema.

En todo caso, si la discusión debía centrarse en la mejor forma de ejecutar los recursos públicos o, en particular, como ejecutarlo más eficientemente en el sector salud, entonces que derechamente se discutiera sobre aumento de los horarios de atención diurnos y nocturnos, e inclusive los fines de semana, a fin de aprovechar de mejor manera la infraestructura hospitalaria, cuestión que permite el mejor uso de las camas hospitalarias.

Por todo lo anterior, y más allá de la discusión ideológica, este proyecto mueve la cancha en el sector dados los volúmenes de prestaciones y presupuestos involucrados, mayores a los que se disponen, por ejemplo, en la ley Ricarte Soto.

**En respuesta a las consultas y apreciaciones vertidas,** Marcelo Mosso Gómez, director del Fondo Nacional de Salud, señaló que el proyecto no debe ser entendido como una propuesta que plantee una competencia entre el sector público y el privado, sino como uno que aborda una situación conocida en el sector público, donde se tarda mucho tiempo en atender los requerimientos de la población. Diariamente recibe peticiones relativas al tiempo de tardanza en el otorgamiento de prestaciones médicas, sobre el 80% de las peticiones en Fonasa se refieren a la falta de atención por problemas de tiempo.

Así, este proyecto no trata de una competencia entre el sector público versus el privado, sino en cómo se hace para dar solución real a las personas frente a un sistema que está colapsado, aun teniendo presente el incremento que en los últimos años ha tenido el presupuesto en salud del sector público ha sido del orden del 8% anual, y aun así faltan especialistas y camas.

Frente a esa realidad, ante la pregunta de cómo se da acceso a las personas a prestaciones de salud, siendo las personas en que se enfoca el

proyecto de los tramos B, C y D de Fonasa, se estima que esta propuesta es la más eficiente. Es una propuesta progresiva, no regresiva, pues permite que las personas que pueden pagar, tengan la posibilidad de acceder a las prestaciones que necesitan, lo que redundaría en una descongestión del sistema. Así, no se está quitando el acceso a los que no tienen dinero, sino que se ayuda a quienes no lo tienen.

En cuanto a financiamiento, señaló que en modalidad libre elección el aporte fiscal asciende al 5%, porque el resto es copago de las personas, y con este programa se aumentará ese presupuesto, en 6 años, a 5,5%. Así, esto lo que hace no es solo solucionar un problema real, sino que se entrega competitividad a Fonasa. Ello, pues a diferencia del sistema PAD, donde se toman prestaciones separadas y se juntan, con este programa Fonasa saldrá a negociar con las redes de prestadores el valor a pagar por las diversas prestaciones, y Fonasa tiene un poder negociador distinto que el que tienen los beneficiarios individualmente considerados.

En todo caso, este proyecto cabe entenderlo como un seguro catastrófico, no está pensado para las prestaciones ambulatorias. Ese otro tipo de prestaciones se abordan en el proyecto de ley sobre fortalecimiento de Fonasa (boletín N°12.588), al abocarse a cuestiones de gestión, infraestructura y otros.

## **2. Soledad Barría, coordinadora del Programa Salud del Instituto Igualdad, y exministra de Salud.**

Comenzó señalando que una reforma en esta materia debe comenzar teniendo presente que la expectativa de vida ha ido en aumento. Cuando se nacía en los '50, se esperaba vivir hasta los 60 años, y hoy la expectativa de vida supera los 80 años, y ello es muestra que, a nivel global, se ha ido avanzando en disminuir la desigualdad en el país en la expectativa de vida, sin perjuicio que, al diferenciar los años de vida perdidos prematuramente entre las diversas regiones, si bien en todas ha disminuido la brecha, la distribución no resulta homogénea.

Junto al incremento de la esperanza de vida, se debe tener presente el incremento en las enfermedades crónicas, donde también existe una correlación con las desigualdades, toda vez que existe mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por ejemplo en el caso de la diabetes, en la población con menos de 8 años de educación, 1 de cada 4 personas de ese segmento tiene diabetes, mientras eso disminuye a medida que aumentan los años de escolaridad.

Igualmente, que en Fonasa la presencia de adultos mayores se ha duplicado en los últimos 10 años, y el gasto en salud en relación a la edad es exponencial, pues aumenta fuertemente en los últimos años de vida, concentrándose las personas de esa edad en esa Institución.

Así, hay muchos desafíos sanitarios nuevos, tales como enfermedades crónicas derivadas de los hábitos, las desigualdades y la edad.

Frente a esa situación, cabía preguntarse a qué nos referimos socialmente cuando se habla de salud, si al fenómeno de la recuperación de enfermedades o a la posibilidad que las personas se desarrollen con la mayor parte de sus potencialidades. Según la definición que se adopte, se verá qué tipo de sistema es al que se quiere avanzar, si uno donde se tengan más prestaciones de salud, o a tener comunidades que construyen condiciones más saludables mediante la prevención y promoción de la salud, y no únicamente la recuperación de la salud.

Con todo, sin perjuicio de esa definición, el sistema que se adopte no puede ir desvinculado de las definiciones sobre su financiamiento, teniendo presente que en el país solo se destina el 8% del producto general bruto (PGB) a salud, y menos de la mitad de eso lo gasta el sistema público para el 80% de la población, lo que es otra muestra de desigualdad y que da cuenta sobre la eficiencia en el uso de los recursos.

Visto lo anterior, que los recursos son escasos y a que en el país hay un sistema público solidario con las persona que lo integran, y un seguro individual que no conversa con cómo funciona un sistema de salud para la gran mayoría de la población o con las definiciones enunciadas, ni si quiere responder ante las enfermedades o si quiere trabajar más con las comunidades, la realidad es que los prestadores privados que ocupan gran porcentaje de gasto en salud dan la menor proporción de atenciones, con casi un millón de egresos en modalidad libre elección (MLE), mientras que hacia las isapres, 300.000 prestaciones. Asimismo, que la cotización promedio en isapres es \$89.000, mientras que en Fonasa \$23.000, con el doble de beneficiarios mayores de 60 años, con muchas más mujeres y el triple de personas con discapacidad.

Así, el derecho a la salud debe considerarse en dos dimensiones, el vivir en lugares donde las personas puedan desarrollarse en las mejores condiciones posibles, y desarrollar sistemas de atención primaria universales que cubran a la totalidad de la población.

Sin embargo, en la realidad actual, la discusión no se aboca a esos desafíos, sino que a corregir la situación de falta de camas, el estado de la atención primaria, o la gran cantidad de pacientes en listas de espera, y frente a esa discusión, estimó que este proyecto plantea que mejorará la situación del 80% de la población que está en Fonasa, pero sólo considerando la modalidad de libre elección, teniendo cero referencias respecto a la modalidad institucional, que es la que opera mayoritariamente en la población.

Para ello, el proyecto incentiva la utilización de la MLE para solucionar las listas de espera y garantiza un tope en el copago.

En cuanto al tope, este se genera por Fonasa anualmente definiendo un listado de prestaciones que harán operar este seguro. En tal sentido, en el primer año de vigencia sólo serán prestaciones quirúrgicas -ahí se entiende el enfoque en las listas de espera- y se gatilla cuando se utiliza la MLE y se supera el 40% de los ingresos anuales del beneficiario. Es decir, una persona que gana \$500.000, cuando supera el gasto de copago \$2.400.000 (ingreso anual de

\$6.000.000), el Estado se hace cargo del exceso, ese es el mecanismo en caso MLE.

Pero, estimó, el problema surge porque se pretende solucionar la lista de espera con un incremento del gasto de bolsillo, pues se señala que el 40% del sueldo mínimo, anualizado, es lo mínimo para utilizar el seguro. En tal sentido, quien tiene una pensión solidaria percibiendo \$110.000 no llega al salario mínimo, y para esa persona este proyecto importa un caso de sistema regresivo. Por ello, este proyecto sólo sirve para los que tienen mayores ingresos al interior de Fonasa.

Además, el proyecto tampoco contempla el procedimiento vigente mediante el cual se otorga un préstamo por Fonasa para financiar el saldo insoluto con un tope del 10% de los ingresos, y el listado de prestaciones se define sin siquiera la opinión sanitaria del Ministerio, pues la definición surge en un trato directo entre Fonasa con Dipres, cuestión que ni siquiera pasa en el sistema Auge.

En cuanto a la baja cobertura del informe financiero, hizo presente que se estima en 250.000 las personas en lista de espera no GES, pero en su informe el ejecutivo calcula que serán 8.656 casos los que podrán utilizar este seguro clase media, o sea, sólo un 3,46% de esa población, lo que importa un balance bajísimo.

Así, económicamente, el proyecto aumenta el gasto de bolsillo, es regresivo y poco eficiente, pues el Estado aportará por cada evento elegible \$862.041, fuera de lo que la persona pagará por copago, mientras que si se ven los aranceles de la modalidad institucional, muy pocos superan los \$500.000, siendo la mayor parte de las prestaciones en lista de espera no superiores a los \$300.000, por lo que por cada evento que se subsidia, se podría mejorar 4 o 5 prestaciones en lista de espera.

En tal sentido el proyecto no se entiende, pues ya existe la modalidad PAD, generándose una falsa ilusión de libertad de elección al fortalecer la MLE -lo que puede terminar drenando especialistas desde el sector público al privado- y nada en modalidad institucional, donde se atiende la población más necesitada de subsidios, lo que termina favoreciendo a los más ricos entre esos pobres, y con una bajísima cobertura.

Esto no ataca los problemas de fondo, pues seguirán las listas de espera, las enfermedades crónicas, una subvaloración en la entrega de recursos en la modalidad institucional y las soluciones en el sector privado, además, son más caras. En cuentas, acá se debe decidir si se quiere tener sistemas como el de Estados Unidos, donde se gasta cinco veces más en salud que en los sistemas de cobertura universal, pero con resultados peores y menos expectativas sanitarias.

Por ello, estimó que sería indispensable aumentar los recursos para la modalidad Institucional de Fonasa, teniendo presente la carga en ese sistema por enfermedades, aumento de adultos mayores en el sistema con aporte previsional solidario (APS) y por requerimiento de prestaciones en hospitales, con una brecha real tanto en per cápita como en materia hospitalaria superior a \$800.000 millones.

De igual manera, separar cuentas en presupuestos destinados a modalidades Institucional y de Libre Elección, pues hoy operan como vasos comunicantes, por lo que si falta presupuesto en Libre Elección, se disminuye el presupuesto de la modalidad Institucional.

A su vez, eliminar el componente regresivo para ingresos menores al mínimo, asegurar que las escasas camas del sistema público seguirán para atender la modalidad Institucional, asegurar el direccionamiento sanitario en el Ministerio de Salud -y no sólo atender al direccionamiento económico-, y utilizar mecanismos previos como PAD y GRD con alta inversión anterior.

Por todo lo anterior, consideró que Chile necesita una reforma integral que disponga el derecho social garantizado por un Seguro Nacional Universal y un Sistema Público basado en APS. Así, todos y todas deberán imponer en común su 7%, pasando las Isapres a ser seguros complementarios de salud.

Para el logro de esa reforma integral se deberá dar énfasis en la promoción y prevención, con una mirada social y poblacional, con mejora en las condiciones de vida, educación, vivienda, pensiones y trabajo de la comunidad.

Asimismo, fortalecer los equipos de salud como eje de transformación, resguardando el trabajo decente y la estabilidad laboral, para responder mejor a las necesidades, fortaleciendo al sector público en su financiamiento mediante impuestos (mínimo 6% PIB desde el 4% actual), mejorando la gestión y atribuciones en el Ministerio de Salud.

**Terminada la exposición, y en respuesta a las consultas planteadas por los integrantes de la Comisión,** señaló que es claro que se considera clase media a los beneficiarios tipo B, C y D de Fonasa, pero los B son pensionados y ganan 110.000 al mes, por lo que si se coloca el tope en el 40% de los sueldos mínimos, anualizados, evidentemente el proyecto no va dirigido al segmento B.

Asimismo, que si bien el proyecto podría ejecutarse en las camas pensionados de los hospitales públicos, son pocos los hospitales que van quedando con ese tipo de camas, pues la necesidad de cama es de tal magnitud que han ido desapareciendo en favor de las camas de uso frecuente. Sobre todo, si el país tiene menos de la mitad de las camas del promedio de los países OCDE.

De igual manera, que no demoniza el sistema MLE, pero que el proyecto tiene como población objetivo a los más ricos de los clase media, cuestión que debe discutirse en tanto política pública, y que si bien los hospitales públicos podrían funcionar más horas, ya sea en turnos o los fines de semana, la razón por la que no funcionan así es porque existe tal nivel de subfinanciamiento, que si funcionan más, más se incrementa el déficit presupuestario, y cada vez que se ponen más recursos puede disminuirse la brecha.

En cuanto a formas alternativas de gasto para ejecutar este sistema, señaló que si el precio en el sector privado es igual al arancel en la modalidad institucional, ese sería un buen mecanismo, pero la MLE tiene un incentivo a la demanda y, entonces, si hay una catástrofe y se produce una brutal demanda en

cierta especialidad, el Estado no puede detener el gasto por cuanto se trata de una cuenta excedible, y al final, el financiamiento para esas prestaciones saldrán de la modalidad institucional. En ese sentido, el problema son los precios distintos, pues si se fija un valor similar al institucional, frente a esas situaciones se generan salidas sensatas, pero al existir vasos comunicantes de financiación entre la MLE y la modalidad institucional produce tales problemas, frente a lo cual, quizá cabría introducir una glosa en la Ley de Presupuesto de cada año disponiendo algún tope. Habría que buscar algún resguardo, si en verdad es lo que se quiere resguardar.

### 3. Victoria Beaumont Hewitt, Directora Ejecutiva de Politopedia.

Luego de referir el objetivo de esa organización y dar cuenta que no tienen conflictos de interés en esta materia, señaló que teniendo presente que en sesiones previas se había manifestado inquietud en que este proyecto beneficiase a los más ricos al interior de Fonasa, se debía considerar que si bien es correcto afirmar que el proyecto está focalizado en personas que tienen acceso a recursos adicionales, no por eso esas personas tienen menos derechos a acceder a prestaciones de salud.

En tal sentido, a modo de justificación de la política pública, cabía analizar el estado de situación de los copagos en la modalidad libre elección (MLE) en Fonasa, y algunas particularidades del universo de cotizantes y beneficiarios de ese sistema.

Así, como primera cuestión, cabía considerar que durante el año 2019, la bonificación promedio de Fonasa en la prestación días-cama asciende a 2,6% de los aranceles privados. A su vez, era cero en cuanto a medicamentos e insumos. Situación similar ocurre tratándose de los derechos de pabellón, donde Fonasa otorga una bonificación promedio de 6,3%, y de 10% en hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. A vía ejemplar, mostró el siguiente cuadro:

Copagos Arancel Fonasa MLE 2019

Tipo de Día Cama	Valor Fonasa	Copago Fonasa	Hospital del Profesor			Clínica Dávila		
			Arancel	Copago Real	% Bonific.	Arancel	Copago Real	% Bonific.
Doble	6.810	3.410	154.763	151.363	2,2%	171.510	168.110	2,0%
Individual con baño	7.000	3.500	228.920	225.420	1,5%	255.190	251.690	1,4%
Tratamiento Intermedio (UTI)	25.100	12.550	447.765	435.215	2,8%	473.490	460.940	2,7%
Cuidados Intensivos (UCI)	52.230	26.120	603.000	576.890	4,3%	628.960	602.850	4,2%
<b>Promedio</b>					<b>2,7%</b>			<b>2,5%</b>

Fuente: Fundación Politopedia en base a datos de Fonasa

Al respecto, estimó que es a ese tipo de prestaciones de salud a las que apunta el proyecto de ley, cuestión que es refrendada al ver las prestaciones que serán priorizadas durante el primer año –cirugías programadas-. En tal sentido, el alto copago actual de las personas en MLE en ese tipo de prestaciones, constituye un impedimento para que los beneficiarios de Fonasa puedan acceder a la resolución de sus problemas de salud. Lo anterior, aun cuando las personas

de clase media, teniendo recursos adicionales al 7%, pueden destinar recursos a este fin.

Así, lo propuesto en el proyecto de ley puede ser una herramienta complementaria a lo que se ha realizado en cuanto a listas de espera. Al efecto, refirió que si bien la cantidad de personas en lista de espera experimentó un descenso de 5% entre junio de 2018 y junio de 2019, desde 271.134 a 258.274 casos, una disminución más pronunciada es la experimentada en los tiempos de espera, los que cayeron de 471 días en junio de 2018, a 324 días en junio de 2019, esto es, ha ocurrido un 31% de disminución.

Enfocando la mirada en la lista de espera por especialidad en prestaciones no GES, mostró el siguiente cuadro:

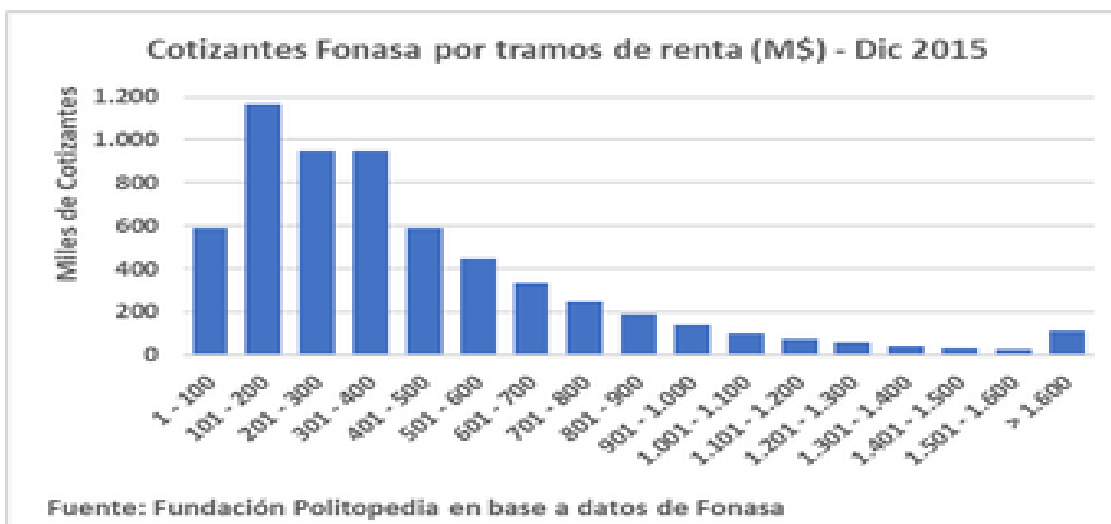
**Lista de Espera Intervenciones Quirúrgicas No GES por Especialidad  
Total Nacional - Junio 2019**

<b>Especialidad</b>	<b>Cirugías Mayores</b>	<b>Cirugías Menores</b>	<b>Total Cirugías</b>
<b>Traumatología</b>	47.728	5.452	<b>53.180</b>
<b>Cirugía Digestiva</b>	44.619	153	<b>44.772</b>
<b>Otorrinolaringología</b>	22.758	3.938	<b>26.696</b>
<b>Dermatología</b>		25.860	<b>25.860</b>
<b>Oftalmología</b>	5.117	15.389	<b>20.506</b>
<b>Urología y Nefrología</b>	18.569	88	<b>18.657</b>
<b>Ginecología y Obstetricia</b>	16.954	391	<b>17.345</b>
<b>Cirugía Cardiovascular</b>	15.880	184	<b>16.064</b>
<b>Neurocirugía</b>	11.816		<b>11.816</b>
<b>Odontología</b>	1.214	9.855	<b>11.069</b>
<b>Cirugía de Cabeza y Cuello</b>	5.212	1.603	<b>6.815</b>
<b>Cirugía Plástica y Reparadora</b>	4.441	1.053	<b>5.494</b>
<b>Total</b>	<b>194.308</b>	<b>63.966</b>	<b>258.274</b>

Fuente: Fundación Politopía en base a datos del Ministerio de Salud

Sobre el particular, refirió que la escasa oferta institucional reflejada en las listas de espera, especialmente de prestaciones quirúrgicas electivas, constituye un impedimento al derecho de atención oportuno, aun siendo prestaciones no garantizadas.

En cuanto a la diversa realidad de los beneficiarios de Fonasa según tramos de renta, con información de diciembre de 2015 mostró el siguiente cuadro:



A diciembre 2015 había 1.796.005 cotizantes de Fonasa con ingresos superiores a \$500.000 mensuales.

A su vez, al distinguir según tramo de arancel y género, refirió que la cartera de beneficiarios de Fonasa es mayoritariamente femenina, especialmente, en los segmentos A y B. Solo en segmento D, los beneficiarios hombres superan a las mujeres en número. Así:

#### **Beneficiarios Fonasa - Diciembre 2017**

##### **Total Nacional**

Tramo Fonasa	Mujer	Hombre	Total
<b>A</b>	1.914.507	1.391.329	<b>3.305.836</b>
<b>B</b>	2.641.563	1.954.145	<b>4.595.708</b>
<b>C</b>	1.339.665	1.313.944	<b>2.653.609</b>
<b>D</b>	1.466.873	1.904.354	<b>3.371.227</b>
<b>Total</b>	<b>7.362.608</b>	<b>6.563.772</b>	<b>13.926.380</b>
<b>B+C+D</b>	<b>5.448.101</b>	<b>5.172.443</b>	<b>10.620.544</b>

Fuente: Fundación Politopedia en base a datos de Fonasa

Finalmente, refirió que del universo de beneficiarios con derecho a atención en MLE durante el año 2018, 5.648.826 personas hicieron uso de tal tipo de modalidad, de los cuales sólo 120.631 lo hicieron en prestaciones hospitalarias. Con todo, sólo 21.465 prestaciones, no personas, se encuadran en eventos de salud catastrófica con prestaciones hospitalarias en MLE.

Es ahí, en esa situación o segmento donde esta política pública estaría generando una diferencia. A vía ejemplar, dio cuenta de lo siguiente, que daría cuenta de los efectos prácticos en cuanto al pago que deberían realizar los beneficiarios, distinguiendo según tramos de renta y cantidad de cargas familiares:

### CoPagos Máximos Seguro Catastrófico Fonasa

Tramo de Renta - \$	Número de Cargas				
	0	1	2	3	4
300.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800	1.444.800	1.444.800
400.000	1.920.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800	1.444.800
500.000	2.400.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800	1.444.800
600.000	2.880.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800	1.444.800
700.000	3.360.000	1.680.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800
800.000	3.840.000	1.920.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800
900.000	4.320.000	2.160.000	1.444.800	1.444.800	1.444.800
1.000.000	4.800.000	2.400.000	1.600.000	1.444.800	1.444.800

Fuente: Fundación Politopedia

Visto todo lo anterior, señaló como desafíos del programa a ser tenidos presente durante esta discusión, el que no debe ser un cheque en blanco a privados. Así, debe ponerse atención en cuanto a que las prestaciones se otorgan en red cerrada, con prestadores públicos y privados en convenio, con precios o modalidad de pago convenidos, con mecanismos de pago que permiten compartir el riesgo (GRD), para prestaciones electivas programadas, aprovechando la capacidad ociosa de prestadores.

De igual manera, que debe reflejar el incremento ocurrido en el gasto en salud. Así, el modelo de la Dirección de Presupuestos es conservador, que si bien no considera precios en modalidad de riesgo compartido, considera un promedio de precios de prestadores privados dirigidos al segmento medio de la población. En tal sentido el 5% de incremento nominal anual puede quedar en déficit y, frente a ello, propuso revisar ese parámetro.

Elo, pues si bien como efecto de la propuesta se genera una reducción del pago de bolsillo que beneficia a 21.465 eventos anuales, reduciendo el copago de MM\$31.665 a MM\$13.161, el mayor gasto fiscal de MM\$18.504 es conservador ya que no considera la reducción de precios a través de los mecanismos de pago (GRD) y convenios, y el cálculo de un 5% nominal es optimista por el escenario de crecimiento promedio de costo anual de un 13.5% nominal, en los últimos 12 años.

Asimismo, se descongestiona la lista de espera, pues facilita la salida de las personas que pueden pagar los copagos, permitiendo focalizar las políticas de manejo de lista de espera en las personas de menos ingresos, por ejemplo, a través de licitaciones de las mismas. De tal manera, reduciría las listas y los tiempos promedio de espera en 8.656 personas y a 300,90 días, respectivamente.

A modo conclusivo, señaló que el proyecto se trata de una propuesta focalizada a quienes tienen recursos en el sistema público, la que se propone complementar con licitaciones de resolución de listas de espera en modalidad institucional destinado a beneficiarios vulnerables, gracias a la descongestión generada por esta medida.

En cuanto a materias a mejorar, destacó la necesidad de incorporar estrategias de riesgos compartidos, y generar una negociación de convenios en precios promedios GES, por ejemplo, elevando el ponderador de gasto esperado a promedio del gasto real de los últimos tres años.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas,** señaló que si bien no se habla de una reforma integral, el proyecto resuelve en parte un problema que viven 120.000 personas en el sistema Fonasa. En tal sentido, podría ser un punto de partida para una reforma mayor, teniendo presente, además, que en el proyecto en discusión en el Senado hay cambios profundos al GES, donde se está tomando la misma distinción habida en este proyecto en cuanto a forma de financiamiento, por lo que tomando las modelaciones del caso, entendía que es una señal de confluencia de ambos sistemas, lo que no necesariamente es la mejor forma de generarla, en tanto se aboca a la renta y no al gasto.

En cuanto a que esto no sea un cheque en blanco hacia los privados, propuso que esta ley incorpore claramente como deber que esas soluciones estén paquetizadas, porque si bien en el espíritu de la ley se indica, en el mensaje se menciona, eso no se refleja en el articulado.

En cuanto a los riesgos compartidos, esta pareciera ser la primera oportunidad de ir a los riesgos compartidos, pero ganaría en precisión si se incluyen modalidades de pago de riesgo compartido entre prestadores y aseguradores.

En tal sentido, no creía que este sea un proyecto descartable, en el sentido que no genere valor agregado a la clase media, pero sí se puede mejorar en una modalidad de 10 años, instando a la creación de un seguro público, teniendo presente que Fonasa no entrega un seguro catastrófico, como sí lo hacen las Isapres.

Igualmente, cabía revisar los precios de MAI, pues debían ser valorizadas las prestaciones a costos reales y no a los precios subvalorados en que se encuentran hoy. Al respecto, habiéndosele observado que esta revisión podía profundizar la deuda hospitalaria, señaló que la revalorización unida a un buen poder negociador de Fonasa podía generar descuentos de hasta 15%. En tal sentido, el Estado tiene capacidad para generar las condiciones que impidan, meramente, pagar un cheque en blanco a los privados.

#### **4. Manuel Inostroza, en representación del Consorcio de Universidades para la reforma de la Salud.**

Comenzó explicando que dicho consorcio tiene como misión aportar elementos que permitan facilitar una primera etapa de una reforma en salud. Su objetivo es ser un aporte al proceso de reforma a través de una discusión amplia sobre temas de reforma y, al efecto, han llevado a cabo siete reuniones de trabajo o entrevistas desde el 8 de noviembre de 2018.

En la primera parte de su exposición se abocó a los antecedentes de contexto del sector salud. Al efecto, refirió que los problemas más relevantes del sistema de salud a tener en cuenta en una reforma son el equivocado modelo de atención para el actual perfil epidemiológico y demográfico, la explosión de costos en los sistemas público y privado y baja productividad, que actúan como dos compartimentos estancos que perpetúan la inequidad en el acceso y financiamiento, generando una judicialización en el sistema privado -naciente en sistema público-, y una insatisfacción en la población.

Ante dicho contexto, refirió que en los últimos años se han elaborado diversas propuestas en la materia. En particular, su análisis se centraría en las propuestas contenidas en los siguientes documentos: 1) Construcción política del Sistema de Salud Chileno. La importancia de la Estrategia y la Transición, Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello. 2) Reformando el sistema de seguros de salud chileno. Debates de política pública, Centro de Estudios Públicos. 3) Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile - Colegio Médico de Chile A.G. 4) Indicaciones al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado. (boletín N°8.105-11, mensaje N°126-367); Mensaje presidencial, proyecto de ley de reforma integral al sistema de salud; Indicación sustitutiva al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, Gobierno de Chile (2019). Indicación que formula indicaciones al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, Gobierno de Chile (2013). Proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, Gobierno de Chile (2011). 5) Indicaciones del proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud (Crea PSU), Superintendencia de Salud (2019). 6) Encuesta Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública Universidad Andrés Bello (2019).

Para efectos del análisis, se tendría como marco analítico los trabajos sobre objetivos y funciones de los sistemas de Salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud el año 2000, y la tipología de los sistemas de salud de Wendt y otros del año 2009. Así, analizados dichos planteamientos según la tipología Wendt, se genera el siguiente esquema:

	Rectoría	Financiamiento	Prestación	Tipo de Sistema de Salud
<b>Gobierno 2019</b>	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado, segmentado)	Sistema totalmente mixto, (segmentado por riesgo e ingreso).
<b>Escuela de salud Pública-Colegio Médico 2018</b>	Estado	Social (Social y Estado)	Mixto (estado- privado)	Sistema mixto basado en el Estado "Seguro Nacional de Salud"
<b>Centro de Estudios Públicos 2017</b>	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado)	Sistema totalmente mixto (segmentado por riesgo e ingreso) "Seguro Social de Salud"
<b>Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017</b>	Estado	Social (con aporte del estado)	Mixto (estado- privado)	Sistema totalmente mixto (Integrado, sin segmentación)

		para menores ingresos)		"Seguro Social de Salud"
<b>Isapres</b>	Estado	Social (con aporte del estado para menores ingresos)	Mixto (estado- privado)	Sistema totalmente mixto, (segmentado por riesgo e ingreso). Sin judicialización

De modo preliminar era posible concluir que, en general, existen consensos en la organización macro del sistema de salud chileno, donde la regulación debería ser función del Estado, el financiamiento debería ser a través de cotizaciones sociales más un aporte del Estado, con provisión mixta público-privada. En esencia, se percibe en todas las propuestas que el sistema de salud debería ser de tipo mixto, sólo se diferencian en gestión del financiamiento, en tanto si un seguro único u operar bajo la figura de multiseuros.

Profundizando el análisis de dichos consensos, surgen los siguientes esquemas:

	Regulación		Financiamiento			Generación de Recursos
	Diseño y Prioridades	Protección del Consumidor	Fuentes-Mancomunidad	Administración de riesgo	Compra	
<b>Gobierno 2019</b>	Funcionamiento en red y Ley de Cáncer.	Más atribuciones a Superintendencia, y más transparencia.	Aporte fiscal y cotizaciones Sistema de Compensación de Riesgos Isapre Abiertas.	Plan Universal de salud. Seguro Catastrófico Fonasa	Pago por acto médico , GRD y PAD Redes, públicos y privados.	
<b>Escuela de Salud Pública - Colegio Médico 2018</b>	Funcionamiento en red.	Facultades reales Superintendencia garantice que el seguro responda oportunamente.	Aporte fiscal y cotizaciones mancomunados. Un seguro único público sucesor del FONASA, Isapre seguros complementarios.	Plan de Salud Universal	Mecanismos de pago más eficientes que pago por acto médico. En redes, públicos y privados.	
<b>Centro de Estudios Públicos 2017</b>	Funcionamiento en red.	Defensa de la libre competencia, aseguramiento de la calidad y seguridad, información, y regulación/validación/rev. precios.	Aporte fiscal y cotizaciones. Compensación por Riesgo (modelo multi-seguros, incluye Fonasa e Isapres).	Plan Universal de salud	Compra por acto médico y GRD y PAD En redes, públicos y privados.	Evaluación de tecnologías Sanitarias (ETESA)
<b>Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017</b>	Funcionamiento en red.	Fortalecer la Superintendencia con plena autonomía para ejercer su rol fiscalizador de seguros y prestadores, públicos y privados.	Aporte fiscal y cotizaciones. Fondo de Compensación por riesgo, etapa 1 Inter-Isapre, etapa 2 integrado país.	Plan Garantizado Universal	Financiamiento de prestadores relacionado con su producción (PPV, GRDs). En redes, públicos y privados.	Evaluación de Tecnologías Sanitarias técnicamente sólida
<b>Isapres</b>	Funcionamiento en red.		Compensación por riesgo Isapres.	Plan de Salud		

Sobre aspectos operacionales de las propuestas, en cuanto a mancomunidad, financiamiento del sistema y prestaciones, se tiene lo siguiente:

	Mancomunidad	Financiamiento	Prestación
<b>Gobierno 2019:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo de compensación, sólo en Isapre.</li> <li>- Entre las ISAPRES abiertas, en relación al Plan.</li> <li>- Considera sexo, condición de salud.</li> <li>- Tres tramos para "disminuir significativamente las posibles discriminaciones por edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones.</li> <li>- Aportes públicos para los menores ingresos.</li> <li>- Separación del SIL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestadores públicos y privados.</li> <li>- Redes, máximo 3 por asegurador.</li> </ul>
<b>Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro Público Único (sucesor del Fonasa).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones.</li> <li>- Aportes públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestadores públicos y privados.</li> <li>- Funcionamiento en red.</li> </ul>
<b>Centro de Estudios Públicos 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo de Compensación por riesgo, (Isapres y Fonasa, con multi-seguros).</li> <li>- Se asignarán subsidios ajustados por el riesgo de salud de cada persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones.</li> <li>- Aportes públicos.</li> <li>- Separación del SIL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestadores públicos y privados.</li> <li>- Funcionamiento en red.</li> </ul>
<b>Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo de Compensación de riesgos, Isapres y Fonasa.</li> <li>- Compensa las diferencias en el nivel de riesgo de las carteras de cada aseguradora.</li> <li>- Primera etapa: sólo entre seguros privados (3 a 5 años). Con posterioridad, todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones.</li> <li>- Aportes públicos para los menores ingresos.</li> <li>- Separación del SIL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestadores públicos y privados.</li> <li>- Funcionamiento en red.</li> </ul>
<b>Isapres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo de compensación, sólo en Isapre.</li> <li>- Sexo, edad y condición de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones más adicionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestadores públicos y privados.</li> <li>- Funcionamiento en red.</li> <li>- Hay disponibilidad para cambiar modelos de compra.</li> </ul>

Asimismo, en cuanto a la creación de planes de salud, selección al ingreso y movilidad, y en lo relativo a precios o primas, se tenía lo siguiente:

	Plan de salud	Selección al Ingreso y Movilidad	Precios y/o Primas
<b>Gobierno 2019:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo para Isapres.</li> <li>- Copago máximo del 20% hosp., de 50% amb.</li> <li>- Incluye GES, No GES CAEC, no incluye SIL.</li> <li>- Lo no incluido en el Plan, puede ofrecerse como Beneficios complementarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin cautivos.</li> <li>- Libre afiliación: sin declaración de salud y elimina las preexistencia para afiliados.</li> <li>- Mantiene declaración de salud para Fonasa y nuevos cotizantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 tramos de primas (0-24, 25-50, 50 y más) sin diferencia por sexo.</li> <li>- Monitoreo de Precios (índices).</li> </ul>
<b>Esc. de Salud Pública, Col. Médico 2018:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De carácter integral: promoción de salud, prevención primaria. Detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.</li> <li>- Debe considerar las actuales coberturas.</li> <li>- Incluye salud Laboral (Mutualidades).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin exclusiones para afiliados al Sistema único de seguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prima comunitaria.</li> </ul>
<b>Centro de Estudios Públicos 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Define beneficios y el estándar mínimo, acceso y tiempos de Espera.</li> <li>- Los beneficios cubiertos están exentos de copagos, uso de deducibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre afiliación en seguros sin selección al ingreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede variar en cuanto al nivel de los servicios (prestadores) y deducibles (total 16 planes).</li> </ul>
<b>Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para Isapres y Fonasa (primera etapa solo Isapre).</li> <li>- Define modelo de atención. Separa SIL.</li> <li>- Define marco de incentivos para que las instituciones aseguradoras, prestadoras, públicos y privado, cambien modelo de atención y compra.</li> <li>- Características: transparente, costo-efectivo, Universal, integral, priorizado, garantista y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre movilidad entre seguros privados en el corto plazo.</li> <li>- Libre movilidad entre todos los seguros en el mediano plazo (5 años).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prima comunitaria plana afiliados Isapre en primera etapa.</li> <li>- Prima comunitaria global plana para segunda etapa.</li> </ul>

	autónomo.		
<b>Isapres</b>	- Plan único para Isapres y planes complementarios.	- Movilidad entre Isapres.	- Prima plana en relación al plan.

Fruto de dichos análisis, planteó como recomendaciones técnicas a la Comisión el que existen puntos importantes de consenso en cuanto a plan de salud -lo que importa cambios en el modelo de atención-, separación del subsidio de incapacidad laboral (SIL), funcionamiento en red, la generación de mecanismos de compra que limiten o eliminen el pago por acto médico y libre elección de especialistas sin regulación, y se eliminen o reduzcan la selección al momento del ingreso y las diferencias de costo por riesgo. Asimismo, que el origen del financiamiento sea cotizaciones más impuestos, y la necesidad de introducir evaluaciones en cuanto a tecnologías sanitarias.

Al respecto, destacó que la mayor parte de los consensos, totales o parciales, no encuentran oposición en aquellas posturas que no participan de él. Asimismo, que cabía tener presente que la mayor discrepancia está en la visión de largo plazo de la gestión del financiamiento.

A propósito de tales análisis, consensos y discrepancias, recomendó tener presente la opinión de las personas ante las reformas en el sector salud. Al efecto, dio cuenta del siguiente esquema, cuya columna 'opinión de las personas' está basada en la Encuesta Nacional de Salud 2019, llevada a cabo por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello:

	Opinión de las personas	Estrategia de la reforma	Propuestas	Viabilidad política
Reforma integral o reforma ambos sistemas	68% de los encuestados prefiere una reforma a los problemas urgentes en Fonasa e Isapre y sólo un 30% una reforma integral*.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No se debe intentar zanjar hoy dicotomía de visiones de seguro único o multi- seguro.</li> <li>-Avanzar para tener un solo sistema de salud con una lógica de Seguridad Social público y privado.</li> <li>-Se debe avanzar por etapas, el camino es el mismo para ambas visiones de largo plazo.</li> <li>-La clave es la transición de las reformas en el diseño Plan salud, selección ingreso, libre movilidad prima plana, regulación y precios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se deben reformar las Isapres para cambiar su lógica y transformarlas en Administradores Privados de la Seguridad Social en Salud.</li> <li>-Se debe reformar FONASA en base a su ley año 2000 y darle la potestad de Administrador Público de la Seguridad Social en Salud.</li> <li>-Fonasa debe tener autonomía del gobierno de turno y Gobernanza sólida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entre 1990-2000 sector se divide por visión seguro único o multi seguros.</li> <li>-En 2005 el escollo para acuerdo integral fue la mancomunidad.</li> <li>-En 2013 el avance logrado se produce por asumir sólo reforma en Isapres.</li> <li>-Diseñar una reforma por etapas que elimine funcionamiento de un sistema con 2 lógicas es lo que permitiría acuerdos.</li> </ul>
Plan de salud	Hay un amplio acuerdo 77% en que FONASA tenga un plan de salud universal similar al de las ISAPRE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoy se debe avanzar en el Plan de salud de Isapres.</li> <li>-Se deben organizar los actuales beneficios de Fonasa y futuros (seguro catastrófico) en torno a un Plan FONASA.</li> <li>-Ambos planes en 5 años deben confluir progresivamente en un solo plan de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El Plan de Isapre y Fonasa deben contener todos los beneficios (GES-CAEC-Complementario).</li> <li>-Deben tener ambos planes incentivos para que cambie el modelo atención del sistema público y privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El Plan de salud como eje del cambio de los modelos de atención en Isapre y Fonasa viabiliza la reforma en su conjunto.</li> </ul>

En la segunda parte de su exposición, abocándose al proyecto de ley, señaló que crear un seguro catastrófico para los afiliados de Fonasa, en el contexto de la iniciativa 'clase media protegida', es un gran avance para un grupo importante de personas que requieren tener mucha mejor cobertura cuando tienen un siniestro catastrófico y se atienden en el sistema privado de salud, por lo que es una buena iniciativa, pero requiere afinamiento detallado en el diseño del seguro catastrófico para que opere bien y con incentivos correctos.

Sin embargo, no había que olvidar que la reforma de Fonasa (boletín N°12.588, que fortalece las facultades del Fondo Nacional de Salud), debe estar focalizada en convertirlo en un 'administrador público de la seguridad social' en salud, es decir, un seguro público fuerte y eficiente con gobernanza, independencia y facultades para gestionar cartera y compra de servicios.

Ello implica, a lo menos, un sistema de gobernanza de Fonasa que garantice su independencia del gobierno de turno y que tenga la fuerza para ejercer su rol, principalmente, frente al sistema público prestador, con un poder comprador efectivo tanto con prestadores de servicios de salud privados como públicos, con capacidad de exigir estándares de calidad y oportunidad para sus afiliados en ambos sistemas y poder disponer de facultades para mover a sus afiliados cuando no son atendidos en plazos pre establecidos, o lo son, pero con servicios de mala calidad.

Tan importante como el punto anterior es que Fonasa avance hacia el establecimiento de un Plan Universal de salud, que en un plazo definido por la ley pueda igualar al de las Isapres, siendo recomendable un plazo de 5 años como máximo. Ello, pues ya están dadas las condiciones para plantearse este objetivo por el nivel de gasto que hay per cápita en los beneficiarios públicos, el que es muy cercano al de los privados. Así, partir con una ordenación de los beneficios actuales más un seguro catastrófico por 5 años, para contar posteriormente con un Plan Único para todo el país, generaría un seguro catastrófico Fonasa lo más parecido a un plan con cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC).

De igual manera, que Fonasa tenga competencias para que realmente ponga el foco en sus beneficiarios, y los recursos fiscales que utilice los oriente para obtener los mejores servicios y en la mejor oportunidad para sus afiliados, no en financiar la oferta pública de servicios a cualquier costo y con bajos niveles de calidad. Ello, pues como seguro público su obligación debe ser la atención de sus beneficiarios, y tensionar al sistema público y privado para mayores estándares de eficiencia y calidad implica capacidad técnica y política para nuevos modelos de compra, con enfoque en resultados sanitarios, GRD y nuevos modelos de atención basados en soluciones a problemas de salud, lo que estimula la promoción y prevención en la atención primaria.

En cuanto a capacidad organizacional, estimó que Fonasa debe contar con un despliegue nacional de su organización en cuanto a competencias y capacidades técnicas, y no concentrarse sólo en las tres cabeceras de las regiones más importantes del país. Ello, pues sólo de esa manera podrá ejercer su

rol de seguro público, dado que a nivel regional el representante de este seguro público podrá estar a nivel de los directores de servicios de salud, directores de hospitales, gerentes de clínicas, etc., para comprar y negociar 'de igual a igual'.

Finalmente, que Fonasa debe tener competencias para flexibilizar sus planes y mejorar los niveles de cobertura, lo que evitaría migraciones de beneficiarios a Isapre cuando éstas se reformen, pues esta es la única barrera eficiente para evitar migraciones descontroladas, con alto costo fiscal.

Así, el proyecto de ley sobre seguro de salud clase media protegida al interior de Fonasa, origen de esta presentación, va en la dirección correcta de aumentar la protección financiera de sus beneficiarios tratando de disminuir los copagos y gasto de bolsillo.

Sin embargo, el Consorcio de Universidades considera que la iniciativa es perfectible en dos aspectos. El primero, es que la definición de eventos catastróficos sobre el ingreso del grupo familiar genera una serie de problemas prácticos en su aplicación, toda vez que intervienen demasiados actores, existen problemas en la identificación de beneficiarios y de los ingresos de los beneficiarios. En tal sentido, es aconsejable evaluar la alternativa de expresar la cobertura sobre los gastos médicos tal como hoy lo hace el CAEC o la cobertura financiera adicional del GES.

El segundo, es el problema de la definición de 'intervenciones o tratamientos' que formarán parte del seguro. Ello, dado que actualmente la cobertura financiera propuesta opera legalmente sobre la base arancelaria de la modalidad libre elección de Fonasa expresada, principalmente, en actos médicos individuales o 'prestaciones', lo que implica que no existe control de frecuencias, sino control de precios, exceptuándose del control de precios el valor del día-cama, los derechos de pabellones y los fármacos e insumos no cubiertos por el arancel.

Así, los únicos elementos que escapan a esta definición son los PAD y, en este sentido, un seguro catastrófico de esta índole no debe dejar precios ni frecuencias al arbitrio del prestador, sino que deben ser fijados de manera estandarizada, para evitar una inducción de demanda y explosión de costos.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas,** señaló que como cuestión general es mejor analizar sistemáticamente los proyectos de ley del sector salud –fortalecimiento de Fonasa, reforma a Isapres y seguro clase media-, y no por separado como se tramitan actualmente. Ello, pues aprobar este proyecto sin contextualizarlo con los demás, puede significar un error estratégico en el logro de acuerdos.

En tal sentido, desde las propuestas emanadas de la sociedad civil se percibe un acuerdo en la necesidad de avanzar en un plan de salud universal, que parta de modo diferenciado en Fonasa e Isapres, pero donde el marco de incentivos, la manera de enfrentar el compartimiento de los riesgos, o la relación con los prestadores no sea sólo pagando por los actos médicos individualmente considerados. Eso podría ser un buen inicio y, en tal sentido, el tratamiento por separado de las iniciativas pierde la posibilidad de lograr acuerdos.

De igual manera, observó que ningún proyecto actualmente en discusión aborda los desafíos de gobernanza de Fonasa, que le permitan transformarse en un seguro público de salud. Así, no hay propuestas que den autonomía a Fonasa, tales como un consejo autónomo o cuerpo colegiado, que tenga la capacidad de tener eficiencia e independencia de los gobiernos de turno o que promuevan la descentralización territorial del Servicio. Hoy, incluso la Superintendencia de Salud tiene presencia regional, pero no así Fonasa.

Como cuestión particular, estimó que el proyecto tiene una estructura compleja en cuanto a la forma de calcular la cobertura por ingresos y por gastos. En tal sentido, antes que proponer incorporar nuevas patologías al GES, observó que introducir una lógica de protección financiera con otra base de cálculo solo complica administrativamente el sistema, por lo que o se cambia el sistema de protección financiera del GES, o se ajusta este proyecto a esa regulación, ya vigente.

En cuanto a la complementariedad con el sector privado prestador, aun cuando hubiera un gran acuerdo para que Fonasa se volviese un seguro público de salud fortalecido, el país necesita a los prestadores privados, pues aun gastando mil millones de dólares en inversión anualmente, tardaríamos 15 años en renovar la infraestructura pública. Así, si no se contara con los prestadores privados, se relega a los usuarios del sector público a tener cuantiosas listas de espera, cuestión que afecta directa y de forma inmediata a los usuarios, pues a la gente le interesa que la atiendan.

##### **5. Carolina Velasco, investigadora del Centro de Estudios Públicos.**

Comenzó señalando a modo de diagnóstico, que existe una insuficiente protección financiera en salud. Así, el gasto de bolsillo en salud en el país es alto, lo que impide un acceso igualitario y cobertura universal en las prestaciones de salud. Al efecto, en Chile el 32% del total de gasto en salud es gasto de bolsillo, mientras que en la OCDE, esa cifra es del 20%.

De igual manera, las encuestas de opinión de los usuarios dan cuenta que el 52% de los usuarios reporta incertidumbre financiera frente a un accidente o enfermedad grave, pues no sabe si tiene los recursos necesarios para enfrentar tales situaciones, y que un 37% en los usuarios Fonasa, y 52% de los usuarios de Isapre, tiene una baja confianza en que podrá pagar por la atención que necesita si se enferma de gravedad.

A su vez, las encuestas sobre la experiencia de los usuarios ante escenarios de desprotección dan cuenta que tratándose de Fonasa, ella se manifiesta en falta de horas médicas y en el costo por las prestaciones médicas - consultas, medicamentos y exámenes-. Lo anterior, sin perjuicio que esas cifras han aumentado en negatividad en todo el sector salud al comparar los años 2015 y 2017, en que se tomaron las muestras de opinión.

Visto lo anterior, ante la pregunta de qué y cómo mejorar en Fonasa, destacó que se debe modernizar la gobernanza y las atribuciones del Fondo. En

materia de gobernanza, su dependencia del ministerio de Salud, la que se realiza a través de la supervigilancia y el control presupuestario, importa una falta de autonomía significativa en post de la agencia de los ministerios de Salud y de Hacienda, y una influencia del gobierno de turno, dado que el director es un funcionario de exclusiva confianza presidencial.

Esa situación repercute en limitaciones a su gestión, que se traduce en falta de atribuciones ante los mecanismos de pago y fomento a trabajo en red y el velar por la entrega de soluciones en la modalidad de atención institucional (MAI); limitaciones en la capacidad de gestión ante los prestadores y la demanda, lo que importa que la derivación de casos recae en el director del Servicio Salud y se maximiza la compra de prestaciones MAI fuera de red; conflicto en el ejercicio de atribuciones entre financiar prestaciones versus financiar a los hospitales, o el velar por la calidad en la atención versus la obligación de usar la red estatal; y finalmente en su propia responsabilidad, pues termina siendo un asegurador que asume riesgos financieros de modo parcial, y sus incumplimientos se sancionan con sumarios.

Frente a esa situación, el debate actual en materia de seguros y Fonasa ha sido infructuoso, existiendo visiones diferentes sobre el modelo de largo plazo para la salud, y no se han logrado cambios sustanciales que permitan mejorar la atención en los últimos años. De ello da cuenta la existencia de listas de espera y deudas hospitalarias. Por ello, en las encuestas de opinión, ante la pregunta si se tuviera que elegir entre solucionar los problemas más urgentes de Fonasa e Isapre, o esperar una reforma integral que aborde la mayoría de los problemas de salud, pero que en tiempo demoraría más años, la primera alternativa obtiene el 68% de los resultados, frente al 30% de la segunda. Solo el 2% no sabe o responde frente a esas alternativas.

Así, como un objetivo mayoritariamente compartido surge el otorgamiento de una cobertura universal en salud, que en palabras de la Organización Mundial de la Salud es asegurar que las personas accedan a los servicios de salud que necesitan oportunamente y con una calidad mínima sin pasar penurias financieras.

Teniendo eso presente, los beneficios directos del proyecto de ley en discusión son que permite mejorar la protección financiera del plan de salud ofrecido por Fonasa, mejorar la oportunidad de la atención, hace más atractiva la elección de Fonasa para personas de Isapre con mayores aportes mediante cotizaciones, abordándose así una preocupación transversal en la población, en cuanto a que frente a una atención inoportuna, se permita el traslado entre hospitales o a servicios privados.

Asimismo, como beneficio directo destacó el que se fomenta el uso de redes de todo tipo de prestadores. Al respecto, dicho fomento tiene efectos en el otorgamiento de soluciones integrales de salud -lo que resulta un giro ante la fragmentación de la atención actual-, se integran prestadores de diferentes niveles, genera mayor información sobre los costos de trabajo en red entre los prestadores públicos y privados, una mayor eficiencia en el uso de recursos y en

modelo atención –teniendo métodos de pago recomendados, tales como GRD, pagos amarrados y por desempeño, o per cápita ajustados por riesgo-, y se promueve la asociación público privada como en Inglaterra, España, Canadá y Alemania.

En cuanto a aspectos por mejorar en el proyecto, señaló que debe permitirse el acceso para usuarios Fonasa A, que el copago no es proporcional cuando el salario es menor al mínimo, y que no cubre la modalidad atención institucional –y no fomenta mejoras a ese efecto-, fomentando el uso de la modalidad libre elección -aunque a esta última no la incorpora en su totalidad-. En tal sentido, ocurriría una menor protección financiera que con un plan en Isapre, ni cubriría medicamentos ambulatorios, por lo que se requieren más recursos.

Por todo ello, la discusión del proyecto de ley podía ser una oportunidad de mejora directa, en cuanto a evaluar la inclusión de MAI con copagos a grupos C y D en cantidades mayores al 40% del ingreso mensual por persona, y exigir precios iguales o menores a la alternativa en MAI e igual productividad en MAI que en MLE a prestadores estatales. Asimismo, para incluir un cronograma gradual para igualar la protección de Fonasa con la protección en isapres, e incluir medicamentos ambulatorios de modo progresivo -concentrado en pocos hogares-, teniendo presente que el 20% de los hogares se lleva el 82,1% del gasto en medicamentos.

Para el éxito de todo lo anterior, el proyecto debe ir de la mano con más atribuciones a Fonasa para mejorar la modalidad de atención institucional, lo que importa contestar preguntas complejas, tales como si ello se logra con más recursos, más eficiencia, o mejores métodos de pago. Idealmente, también, modernizar la gestión hospitalaria.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas,** señaló que estima necesario una reforma integral en el sector salud, por lo que apoyaba que los proyectos de ley se tramitaran de manera conjunta. Asimismo, estimó que el debate ocurrido hasta la fecha ha sido infructuoso.

Con todo, consideró que más allá de las propuestas en debate, Fonasa y las Isapres no se van a parecer fácilmente, ya sea teniendo un único o múltiples aseguradores, por lo que la cuestión será definir el punto intermedio, en cómo avanzar en que se logre otorgar una igual cobertura financiera.

Compartió que sería interesante combinar las propuestas del proyecto con la atención en modalidad institucional, sobre todo hacia las personas que hacen copago en prestaciones no GES y que están en lista de espera. Asimismo, estimó que más que avanzar hacia un espejo GES, se debería avanzar hacia un plan de salud universal, sin importar quienes conformen las redes prestadoras.

Finalmente, valoró que el proyecto aporte que Fonasa pueda conseguir recursos para operar como seguro, lo que era relevante, pues los seguros tienen recursos y financian prestaciones, pero bajo la estructura vigente, Fonasa negocia de a poco, 'bicileteando'. Así, si se aprueba que Fonasa tenga

autonomía en los métodos de pago, ello generaría diferencia en la operación tanto en MLE como MAI, pues si bien ambos hoy no son eficientes, si Fonasa tiene esa nueva atribución se podría avanzar en que el pago en ambas modalidades deba ser el mismo y, eventualmente, se podrían usar espacios vacantes en la infraestructura hospitalaria, con los mismos métodos de pago.

#### **6. David Debrott Sánchez, economista.**

Comenzó señalando, como cuestión general, que existe una visión parcial en esta discusión. Ello, pues el proyecto aborda un aspecto particular del financiamiento del gasto en salud, acotado a las prestaciones de alto costo, de manera aislada de otros componentes de reforma al sector, como es la modernización de Fonasa y la reforma a las Isapres, por lo que no se garantiza coherencia en su tramitación legislativa, toda vez que se discuten por separado al interior de cada rama del Congreso Nacional.

Junto a lo anterior, el proyecto profundiza la segmentación al interior de Fonasa, pues profundiza las diferencias entre grupos de población que tienen o no acceso a este beneficio financiero, pues en este caso, se aboca sólo a la clase media.

Finalmente, en estos aspectos generales, señaló que se establecen incentivos inadecuados toda vez que tiende a fortalecer la modalidad libre elección (MLE), en lugar de fortalecer la atención institucional pública (MAI) y el modelo de atención en redes integradas, y privilegia el subsidio al sector privado.

En cuanto a aspectos específicos del proyecto, estimó que la MLE es de baja cobertura y un modelo incorrecto. En tal sentido, el proyecto se fundamenta en que la MLE tiene baja cobertura financiera, especialmente por las prestaciones donde se permite pago directo al prestador privado, además del copago -cuentas 'excedibles'. Sin embargo, el proyecto no resuelve ese problema, lo que podría ayudar a la regulación de precios del mercado privado a través del poder de compra de Fonasa. Pero, además, mantiene en la MLE el modelo incorrecto en que Fonasa juega un rol pasivo.

Asimismo, no hay equivalencia entre el gasto en MLE público versus el privado. Ello, pues si bien el proyecto plantea que este seguro estará disponible en prestadores públicos y privados, la realidad es que la MLE ocurre en más de un 95% en el sector privado.

De igual manera, en cuanto al mecanismo de pago, el proyecto propone para el seguro un mecanismo de pago correcto dado que compra por 'resultados' en salud versus el pago por 'prestaciones', pero este mecanismo debería ser utilizado en todas las compras que hace Fonasa, ya que acotada a estos casos, la figura termina siendo muy marginal.

Con relación al umbral de costo asegurado, el proyecto propone utilizar el mismo umbral de la Ley Ricarte Soto para definir el nivel de gasto a partir del cual Fonasa asume el total del gasto y el beneficiario deja de pagar, pero ese

umbral está definido para tratamientos de muy alto costo, por ejemplo, \$500 millones por caso por año, por lo que no es razonable usar el mismo criterio.

Además, los casos que serán considerados a partir del umbral, generalmente, serán de muy alto costo, y dado que esos casos generalmente son valores atípicos (outliers), el uso de los GRD es poco recomendado. Asimismo, observó que el proyecto fortalece la lógica de deducibles, dado que siempre una parte del costo lo pagará el beneficiario, 40% de 12 ingresos mínimos mensuales, pero eso no es compatible con el tipo de prestaciones en las que el problema de riesgo moral es descartable, como son los casos que acá se pretende cubrir.

En otro aspecto, hizo presente que se genera incertidumbre en la priorización, dado que Fonasa, año a año, propone el listado de intervenciones y tratamientos junto a la Ley de Presupuestos, sin asegurar que la protección se mantenga en el tiempo. Al respecto, no se observa el rol del ministerio de Salud como ente rector del sistema, ya que sólo intervienen Fonasa y Dipres.

Finalmente, destacó que el proyecto no compromete recursos adicionales para el sector público, y que el que propone es un incremento marginal. Ello, pues los \$19.560 millones -año 1- representan un 0,22% del presupuesto total del sector en el año 2019, siendo una parte de ello prestaciones de listas de espera quirúrgicas no GES, que deberían resolverse en MAI y que ahora pasarían a MLE.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas,** estimó que existe una crisis completa del sector salud y que tiene diversas expresiones, según el segmento de la población que se analice. Así, el tramo Fonasa A tiene problemas en las listas de espera, mientras en los tramos B, C y D, pero sobre todo en C y D, en tanto tienen acceso a la modalidad libre elección de modo más efectivo, sus problemas radican en la implicancia del gasto, no acotándose a los casos catastróficos, que es lo que se aborda en este proyecto, sino al tema de los copagos en general. Y en el tema de las Isapres, está el costo por el lado de las primas y el tema de la reajustabilidad.

Así, dependiendo del segmento de la población analizada surge un problema específico, y por ello se debe hacer un análisis integral, pues la solución de un segmento tiene repercusiones en los demás.

Por ello, lo primero es definir a qué modelo se quiere llegar, para luego ver cómo eso puede irse estibando. Pero esa no es la forma de abordar este proyecto, ni los demás en actual discusión, son solo abordajes aislados. No se abordan los problemas de modo estructural, se toman algunas cosas de la MLE y se colocan topes, cuando lo que se debería hacer es intervenir la línea completa de acción, tales como fortalecer la acción de la autoridad sanitaria.

En tal sentido, se inclinaba porque el GES se vaya modificando, a fin de permitir incorporarle nuevos criterios, pues el GES es un mecanismo de priorización que explícitamente dispone algunos criterios, dejando fuera otros, tales como problemas de muy alto costo y baja prevalencia, existiendo al efecto la ley Ricarte Soto. Por ello conviene ampliar los criterios del GES, en lugar de crear un sistema de financiamiento paralelo con diversos umbrales, etc.

Finalmente, manifestó que discrepaba de la propuesta que entiende a Fonasa como un ente asegurador puro, pues ello obvia que en el sistema de salud nacional existe una red pública de prestadores desde 1952, donde el rol del ministerio de Salud es fundamental, cuestión que lo distingue de las experiencias comparadas donde se propende a un ente público asegurador puro.

Ese rol fundamental del ministerio de Salud también es obviado en este proyecto, pues la definición de las prestaciones a cubrir será en virtud de un acuerdo entre Fonasa y Dipres. Claramente ellos deben estar, pero también el ministerio de Salud. No es posible que no juegue ningún rol en este tema.

### **7. Consuelo Villaseñor, presidenta de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Confedeprus).**

Comenzó señalando que si bien comparten la necesidad de una reforma en el sector salud, no comparten esta propuesta de reforma.

En tal sentido, recordó que, según el mensaje, el objetivo del proyecto es dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial, mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud con certeza en el gasto máximo de bolsillo gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario.

Al respecto, estimó que la propuesta de un seguro de salud a la clase media constituye una forma de desfinanciamiento del sector público. Dicho desfinanciamiento se manifiesta en el dinero que el Estado destinará a pagar los servicios prestados por el sector privado, una vez el afiliado haya superado el gasto máximo anual dispuesto en el proyecto.

En cuentas, al aprobar este proyecto se normalizará por ley una situación que es actualmente ocurrente, pues en la actualidad ya existe tal desvío de recursos a través del pago a sociedades médicas o la compra de servicios a privados, situaciones que limitan la responsabilidad del Estado para potenciar el sector público, a través de mejora y aumento de su infraestructura, compra de equipamiento y adecuación del recurso humano de acuerdo a las características demográficas, epidemiológicas y sociales, en cumplimiento de los estándares internacionales al efecto.

De igual manera, estimó que otra forma de desfinanciamiento del sistema ocurre por la existencia de cotizantes que prefieren, o se ven en la obligación de, mantenerse en el sistema de salud pública pues no pueden acceder al sector privado debido a sus altos precios, o por las discriminaciones que se incurren en dicho sector en materia de patologías o edad.

A continuación, preguntándose sobre quienes, realmente, podrán acceder al seguro propuesto en el mensaje, recordó que los beneficiarios de Fonasa se distinguen en cuatro tramos, distinguidos según su nivel de ingresos.

Por ello, teniendo presente esa distinción, estimo lamentable que el proyecto más que pensar en solucionar un problema social como es la salud, asegurando la oportunidad y calidad de la atención, lo que hace es excluir a la

población que no tiene la capacidad de pago del monto mínimo establecido por el proyecto de ley y, realmente, lo que hace es establecer cuáles son las ganancias mínimas que tendrá el prestador a través de este proyecto.

Por ello, consideró que el acceso a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea necesario, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista financiero para los hogares. Pero la solución para esto no puede ser la creación de un seguro que dependa de las capacidades individuales de pago, sino que debiese solucionarse a través de un Estado garante de una real Seguridad Social que mediante una Administración Pública en su más completo significado institucional y técnico, propicie un sistema de salud con una ética elevada de servicio y recursos materiales suficientes como las que sostienen los sistemas de salud de las naciones desarrolladas, y en desarrollo, donde se gobierna y administra con responsabilidad.

En tal sentido, en lo que se refiere a las prestaciones de salud del sistema público de atención, si bien la legislación actual considera que se provea a través de dos modalidades, ante este modelo, en su parecer, se debiese reforzar la MAI y no MLE. Así, para avanzar en los principios declarados en el inicio del mensaje presidencial, se requiere destinar mayores recursos, idealmente aumentando el porcentaje del PIB que se destina a salud para esa modalidad, pero resguardando que eso no implique la externalización de las prestaciones, sino que se destine para el desarrollo en infraestructura, gestión, tecnología, insumos y personal de carácter estatal, para asegurar y controlar los resultados.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas por los integrantes de la Comisión**, señaló que no se puede seguir subsidiando la salud, sino que se deben poner las fichas en prevención y promoción, mayor trabajo en red, no siendo necesario, en principio, gastar grandes recursos para mejorar la atención de la población. A su vez, este fenómeno no podía ser mirado parcial, sino globalmente, y quizás antes que avanzar en un seguro vinculado a los valores del sueldo mínimo, debía discutirse sobre el valor del trabajo y si las cifras que se pagan actualmente como sueldo mínimo, permiten a una familia vivir y satisfacer sus múltiples necesidades.

#### **8. Matías Goyenechea, presidente de la fundación Creando Salud.**

Comenzó recordando que el objetivo del proyecto es entregar protección financiera especial en la modalidad de atención de libre elección a los afiliados y beneficiarios del régimen de prestaciones de salud pertenecientes a los grupos B, C y D del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), respecto de las intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades. Así, el énfasis con el cual se justifica el proyecto de seguro de salud clase media está construido sobre el impacto de los copagos, los cuales pueden derivar en gasto catastrófico para las familias.

Lo anterior, pues asume que esas personas deben buscar atención por fuera de la modalidad institucional del Fonasa, fuera de la red pública, debiendo atenderse en los prestadores privados de salud, esto es, en clínicas. Pero no se hace cuestión de que esas atenciones no sean efectuadas en la red de salud, ni que el proyecto implica mejorar el subsidio público a las atenciones de salud en el sector privado al ampliar la cobertura financiera en intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos.

Asimismo, siendo Fonasa la entidad encargada de proponer cuáles serán las intervenciones y tratamientos por financiar, debiendo contar dicho listado de intervenciones con la aprobación de la Dirección de Presupuesto (Dipres) del ministerio de Hacienda, no hay claridad de cuáles serán las intervenciones y tratamientos, y al ser los entes financieros quienes decidan sobre la cobertura, no hay priorización ni criterios sanitarios en esa definición, concibiéndose el criterio financiero como el que debe primar.

En cuanto a la cobertura entregada por el seguro propuesto, refirió que el 24% de los beneficiarios de Fonasa legalmente quedarán excluidos del seguro, en tanto integran el tramo A de dicho Fondo. Así, 10.714.789 serían los potenciales beneficiarios de esta cobertura, en tanto integran los tramos B, C y D, y hayan pagado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan.

A su vez, el gasto máximo anual por beneficiario, que es lo que deberá soportar el afiliado en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, corresponderá al 40% del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Con todo, dicho copago tendrá un mínimo de gasto máximo de bolsillo, que nunca será inferior a un 40% de la suma de 12 veces el ingreso mínimo mensual. Es decir, si un beneficiario que posee un sueldo mínimo -hoy \$301.000 pesos o USD 438,00-, y no tiene cargas, tendrá un techo de pago de \$1.444.800 pesos, de acuerdo con el salario mínimo vigente.

En cuanto al impacto financiero del seguro, refirió que en el informe financiero que se adjunta al proyecto de ley se estimó que un 3,44% de los eventos que actualmente se encuentran en la lista de espera no GES, equivalentes a 8.656 casos, son beneficiarios potenciales del seguro. Y respecto de los actuales usuarios de la MLE, se identifican 21.465 casos elegibles para haber sido cubiertos por el seguro.

Visto todo lo anterior, consideró que este proyecto busca producir un incentivo para que los beneficiarios de Fonasa, y que cotizan, accedan a prestaciones de mayor costo en el sector privado, excluyéndose al 24% de los afiliados a Fonasa, en tanto según sus ingresos no son elegibles de cubrir. En tal sentido, el proyecto profundiza que se acceda a mejor atención de salud, de acuerdo con los ingresos y la capacidad de pago de cada persona.

Al respecto, observó que esta y otras iniciativas del gobierno pretenden mediante la compra de servicios en el sector privado reducir los tiempos de espera de la población. Sin embargo, este tipo de intervenciones no tiene evidencia positiva respecto de lograr una reducción de los tiempos de espera en atención de salud para la población.

De igual manera, que la decisión de cobertura no tiene una racionalidad sanitaria asegurada, pues las intervenciones y tratamientos a cubrir serán determinados por entes financieros como Fonasa y Dipres.

Finalmente, que se genera un flujo creciente de recursos fiscales hacia las clínicas privadas mediante la Modalidad de Libre Elección, dada la naturaleza de las prestaciones que serán cubiertas -intervenciones quirúrgicas-, acciones que serán efectuadas en prestadores grandes o pertenecientes a los grandes grupos empresariales de la salud, desincentivándose la utilización de la red pública de salud, por lo que era dable concluir que esta iniciativa busca horadar la obligación que tiene legalmente Fonasa, de financiar y utilizar preferentemente a los prestadores públicos de salud.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas** por los integrantes de la Comisión, señaló que la lógica del deducible o gasto máximo es impedir los gastos catastróficos, pero en este caso el problema no es tanto el mecanismo, como el hecho que la barrera propuesta es muy alta. Así, aun cuando se incluyera expresamente al tramo A de Fonasa, igualmente la barrera les resulta muy alta para ser un real beneficio. Además, no da lo mismo si la cobertura se dispone en función de prestaciones determinadas o por grupos familiares, donde la suma de valores puede abarcar mayor cantidad de eventos.

Asimismo, que si bien el título del proyecto alude a la protección de la clase media, este podía sonar rimbombante a la luz del articulado y del informe financiero, pues el universo de elegibles potenciales son muy pocos, tendrá un impacto muy limitado. En tal sentido, cabría revisar la conveniencia de destinar los fondos propuestos en este proyecto directamente a financiar la red sanitaria, pues podía terminar siendo más eficiente.

Finalmente, estimó que el efecto que se produciría en caso de igualar el precio de las prestaciones del sector privado, al otorgado en el sector público, es que los privados podrían no estar interesados en este tipo de prestaciones, salvo que el valor de la prestación en el sector público estuviera correctamente valorada, pero al corregir esos valores, observó, incluso podía mejorar las prestaciones al interior de la misma red pública, al contar con más financiamiento.

**9. María Trinidad Schleyer, investigadora fundación Libertad y Desarrollo.**

Comenzó refiriendo como diagnóstico y contexto para la discusión, que durante las últimas décadas Chile exhibe una sostenida reducción de la pobreza y una importante movilidad social, que han posibilitado una mejora en las condiciones de vida de la población.

En tal sentido, la reducción de la pobreza posibilitó un aumento de la clase media, la que pasó a ser el grupo mayoritario de la población. Al respecto, observó que ello era independiente de su definición, pues en Chile no tenemos una definición oficial para identificar de manera precisa quienes pertenecen a la clase media, y la literatura también propone diferentes metodologías para su definición, lo que finalmente genera que la clase media sea un grupo amplio, heterogéneo y con diversas vulnerabilidades, como el que pueden retroceder a la pobreza producto de una enfermedad grave. A su vez, destacó que en Chile la probabilidad de que un hijo supere la condición de su padre de bajos ingresos es comparativamente alta. Pero esta misma movilidad no exime del riesgo de volver a retroceder, lo que constituye un nuevo desafío para la política social.

Abocándose a cuáles son los principales riesgos que afectan a la clase media, señaló que cabía preguntarse cómo se encuentra la clase media en lo relativo a la pobreza multidimensional, que identifica a quienes sufren de carencias en distintos ámbitos independiente de su nivel de ingresos, lo que se recoge a través de 15 indicadores agrupados en cinco dimensiones: educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, y redes y cohesión social.

En cuanto al indicador salud, destacó que no se encuentra carencia en cuanto a atención, pero sí un posible riesgo de endeudamiento. En materia de Salud son pocos los hogares que enfrentan carencias de acuerdo a lo reportado por el índice de pobreza multidimensional. En adscripción al sistema de salud, entre las familias de clase media hay tan sólo un 5,8% de hogares carentes, versus 6% en el caso de las familias pobres y 5,5% entre las vulnerables.

Asimismo, hay bastante logro en el indicador de atenciones de salud, puesto que entre los hogares de clase media hay tan sólo 4,1% con carencia en este ámbito. Sin embargo, lo que no mide esta dimensión, pero que sí podría representar una amenaza para la clase media, es el costo asociado a hospitalizaciones y tratamiento oportuno de enfermedades de mayor gravedad, que podrían constituir un gasto inesperadamente alto.

Al respecto, según la CASEN 2017 un 50,5% de las personas pertenecientes a la clase media que estuvieron hospitalizadas o se realizaron una intervención quirúrgica realizaron algún pago por ello, 6,9% el pago completo y 43,6% uno parcial. El 49,5% restante, en tanto, se atendió gratis. A su vez, entre quienes se atendieron en un hospital o clínica privada, 26,5% del total, la proporción que realizó algún pago es más alta, 85,9%, así como también la de quienes debieron pagar la totalidad de este, ascendente a 16,5%, y sólo un porcentaje inferior al 5% no supo o no respondió. De tal manera, el tener que pagar no es en sí un problema, pero podría inducir a un endeudamiento excesivo que desestabilice el presupuesto familiar.

Frente a esa situación, cabía preguntarse sobre la importancia de un seguro de salud catastrófico. Asimismo, cabía volver al problema de la definición sobre quienes son considerados clase media. Sobre la materia, el proyecto de ley Clase Media Protegida (boletín N°12661-31) no entrega una definición de clase media, sino que reserva a cada programa la determinación de quienes van a ser los beneficiarios.

Sobre el particular, según la OCDE los principales riesgos de corto plazo que perciben los chilenos son en un 53,2% no poder cubrir sus gastos diarios, y en un 51,9% enfermarse, y tratándose del Seguro de Salud Clase Media, dicho grupo serán aquellos usuarios de Fonasa que pueden acceder a la modalidad de libre elección (grupos B, C y D), lo que es razonable por el beneficio específico que se está otorgando. Se trata de los usuarios que contribuyen con su 7% al financiamiento del Fondo, 7% que corresponde al 33% de los ingresos totales de Fonasa, pues el 66% restante, son aportes fiscales.

En cuanto a la Modalidad de Libre Elección (MLE), señaló que el copago de los beneficiarios no está relacionado con el grupo de Fonasa en el que se encuentren, sino con el nivel de inscripción que tenga el prestador. La regla general es que el porcentaje de bonificación en la red privada es de un 50% del valor arancelario de la prestación, con un 50% de copago. No obstante, este porcentaje cae drásticamente en hospitalizaciones, no siendo una alternativa real para estas personas usar el MLE en casos más complejos, teniendo presente que para el año 2017, en estas específicas prestaciones las bonificaciones rondaron el 1 al 5%.

Asimismo, relevó la importancia del sector privado para los beneficiarios del sistema público de salud en MLE, pues entre el 50% y 60% de las prestaciones que realiza el sector privado en consultas, exámenes y radiología son recibidas por los pacientes de Fonasa, y un 42% de todas las atenciones médicas del sector privado, sin incluir las atenciones del sector primario de salud, se realizaron a beneficiarios de Fonasa. En tal sentido, la MLE permite a las familias cubiertas por Fonasa acceder en forma oportuna a las prestaciones de salud que requieren, situación que ayuda en parte a descongestionar las largas listas de espera, uno de los grandes problemas que afecta al sector público.

La MLE actúa como válvula de escape de las deficiencias del sistema público de salud, liberando al Estado de entregar directamente servicios a millones de chilenos, mejorando el acceso a salud y protegiendo la libertad de elección de los usuarios. La MLE permite la integración social y la inclusión en los sistemas de salud, y no obstante tener aspectos que mejorar, al menos permite a los beneficiarios de Fonasa utilizar el mismo centro privado para atención ambulatoria que un afiliado a una Isapre.

Al respecto, destacó que las prestaciones privadas a los beneficiarios de Fonasa aumentaron entre 2012 y 2016 un 23%, mientras que los usuarios de Fonasa sólo un 12% en el mismo lapso. Asimismo, que en 2014 fueron proporcionadas 48 millones de prestaciones médicas por MLE, mientras que en

2016 fueron 53 millones, utilizadas por 5.291.081 usuarios de Fonasa, lo que implica un crecimiento de 9,7% en el periodo.

En cuanto a la forma en que se estructura el beneficio refirió que, en general, en los seguros la figura del deducible es importante para permitir un uso racional de las prestaciones de salud, evitando las presiones inflacionarias. Ahora bien, al tratarse de un seguro catastrófico se ve más bien mitigado el uso indebido o comportamiento de riesgo moral por parte de los asegurados.

Teniendo eso en consideración, estimó que se debe apuntar a resolver aquellas esperas que signifiquen una situación financiera catastrófica para la familia y que pueden tener consecuencias graves en la salud del paciente, ya sea en su calidad de vida o porque puede acarrear otras consecuencias a futuro en su salud. Al respecto, destacó que fijar un tope de gasto da a las familias certezas respecto a los montos máximos que tendrán que enfrentar, pudiendo planificar su presupuesto familiar y así evitar entrar en situaciones patrimoniales que afecten su estabilidad económica.

Así, la cobertura del seguro debería focalizarse en enfermedades que produzcan estos efectos, aprovechando el conocimiento que existe en Fonasa sobre las demandas de salud de los usuarios, para que sea una decisión técnica y no política. Asimismo, estimó fundamental que las prestaciones se realicen con prestadores que hayan celebrado convenios con Fonasa, para conseguir mejores precios, reduciendo el gasto que significará esta nueva cobertura.

Es por todo lo anterior, a modo conclusivo, que consideró que los beneficios del proyecto de ley son el reducir el riesgo de catástrofe financiera por eventos de salud adversos, rectifica la situación de bajas coberturas MLE para segmentos B, C y D, otorga resolución integral del problema de salud cubierto, otorga libertad para elegir, descongestiona el sistema público, particularmente las listas de espera quirúrgicas no-GES, beneficiando también al segmento A, utiliza capacidad ociosa en el sistema, y disminuye costos.

En cuanto a la disminución de costos, ello ocurriría por cuanto avanza en la lógica de mecanismos de pago para compartir riesgo entre prestadores y Fonasa, al permitir a Fonasa negociar convenios, siendo que actualmente la MLE es fee for service. Asimismo, al utilizar una red preferente de prestadores públicos o privados que suscriban un convenio con Fonasa para cada una de las intervenciones o tratamientos.

El proyecto de ley resultaba una medida eficiente ya que permite a Fonasa apalancar recursos de las familias y no tener que pagar el 100% del costo como hubiera sido si se hubiera atendido en el sistema público, siendo una medida costo-efectiva, porque otorga protección financiera catastrófica, o 'tranquilidad', a las personas de Fonasa B, C y D con un bajo costo per cápita.

Por su naturaleza de seguro, los beneficiados son todas las personas que están cubiertas, no solo el número que efectivamente termina teniendo un evento adverso. Ello, pues al igual que los beneficiados de Fonasa son 14 millones, y no el porcentaje que efectivamente se enferma en un año, el proyecto

otorga protección a 10.845.898 beneficiarios de Fonasa B, C y D, ante la posibilidad de catástrofe financiera por enfermedad.

Finalmente, teniendo presente que de acuerdo al Informe Financiero del proyecto, el costo del primer año se estima en \$19.560 millones, el Seguro Clase Media otorga protección financiera catastrófica a un costo de \$1.803 anuales por beneficiario Fonasa B, C y D.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las preguntas y observaciones formuladas por los integrantes de la Comisión,** reiteró que en el país no hay una definición de qué es clase media. Al respecto, la fundación Libertad y Desarrollo ha realizado estudios basados en los umbrales absolutos informados por el Banco Mundial, por lo que no sólo se podía medir la pobreza según el nivel de ingresos, sino atendiendo a criterios multidimensionales, tales como la adscripción al sistema de salud, indicadores de atención en salud, obesidad en los niños, etc.

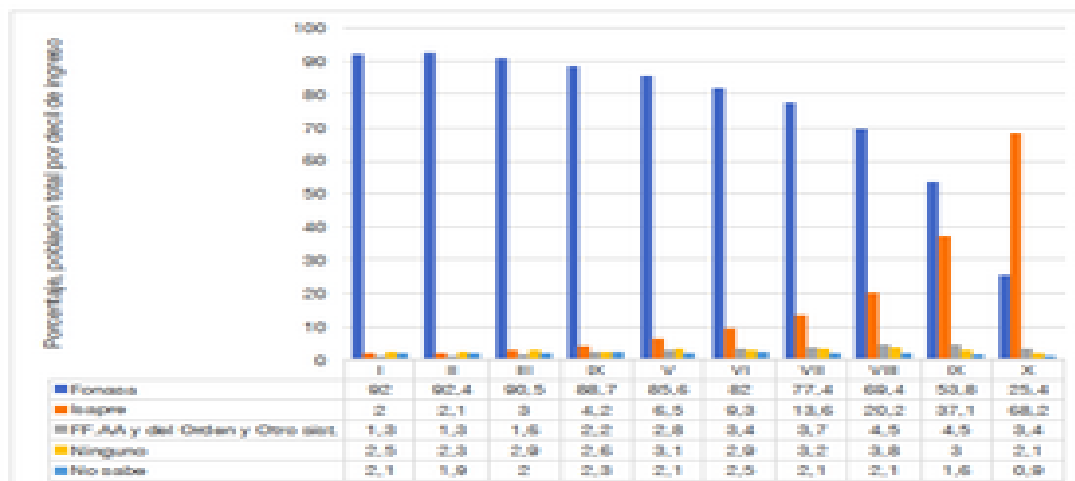
En cuanto a acotar la discusión según nivel de ingresos, señaló que los indicadores informarían que una familia de cuatro personas integra la clase media, si tiene ingresos mensuales entre 625.000 y 2.500.000 de pesos. Así, es esa heterogeneidad en su composición la que permite clasificarla en clase media alta, media y baja, lo que permite comprender que son muy diversas sus inquietudes y requerimientos.

Finalmente, con relación a cuando considerar catastrófica una enfermedad, podía entenderse por tal aquella que irroque gastos superiores al 30% de los ingresos anuales. Sin embargo, en el proyecto se adoptó la decisión de 40% de tales ingresos, con un mínimo vinculado cierta cantidad de ingresos mínimos mensuales.

#### **10. Karen Palma Tapia, consejera nacional de la CUT.**

Comenzó refiriendo que en agosto de 2017 se constituyó la secretaría de salud de la CUT, compuesta por organizaciones de Salud afiliadas y no afiliadas a la CUT, con presencia en las cuatro áreas que componen la salud de nuestro país. Así, por la salud primaria la integraba Confusam, por la secundaria la Fenats Nacional, Confenats, Fenats unitaria, Confedeprus, Fentess y Conafutech, por las seremi Fenfusap y Fedasap, y por el sector privado, Fennasap y Fenatrasap.

A continuación, y a modo de contexto, dio cuenta del siguiente gráfico que describe la distribución de beneficiarios de Fonasa e Isapres, según el decil poblacional. Así, los más pobres adscriben a Fonasa, mientras los más ricos, a Isapres:



Fuente: Elaboración Propia, con Datos de Ministerio de Salud

Al respecto, refirió que dicho gráfico servía para situar la discusión sobre seguros universales, pues quienes ganan más, apuestan a los seguros individuales, mientras que los que ganan menos, a los seguros colectivos.

Asimismo, otro dato relevante en la discusión y que no podía ser obviado, era el relativo a la deuda hospitalaria, que compromete en algunos casos hasta 8,9 meses el presupuesto de los servicios de Salud y, en promedio, el 42% de esa deuda sobrepasa los 45 días. Sobre el particular, observó que no podía olvidarse que se podía mirar el origen de esta deuda por las modificaciones presupuestarias que se efectúan durante el año, recortando los fondos dispuestos para personal y bienes de servicios y consumo, lo que genera más desfinanciamiento y profundiza la crisis de la Salud.

Finalmente, en cuanto al estado de situación o contexto, debían destacarse las estrategias parches implementadas en el sector, como el programa Hospital Digital. Si bien se debe avanzar a un sistema de salud digital, en el cual las tecnologías y los trabajadores caminen hacia un futuro para entregar una mejor salud, con ese programa no se ha ayudado a aumentar las prestaciones de Salud, sino muy por el contrario, pues en cuanto a consultas digitales durante el periodo 2018 y 2019, ha ocurrido una disminución de un 8,44%. Es decir, están haciendo menos.

Todo lo anterior servía de contexto a la presentación del proyecto de ley. La conocida 'crisis' del modelo de salud se caracteriza por la ausencia de respuesta a la demanda de atención a la población, expresada, principalmente, en múltiples denuncias de falta de atención y resolución sanitaria. O en la ausencia de una política integral de salud, que aborde los nuevos desafíos sanitarios, tales como pandemias, envejecimiento poblacional, incremento de los problemas de salud mental, etc., y en un déficit estructural de financiamiento del sistema sanitario de la salud pública, ya que en Chile el gasto en salud se encuentra bajo el promedio OCDE, además de varios mecanismos de desfinanciamiento de la salud pública.

Así, recordando que el objetivo del proyecto es dar acceso a los afiliados del régimen público de salud a una cobertura financiera especial,

mediante la cual se logre la resolución integral de un problema de salud con certeza en el gasto máximo de bolsillo gracias al establecimiento de un gasto máximo anual por beneficiario, estimó que la propuesta implica mejorar el subsidio público a las atenciones de salud en el sector privado, ampliando la cobertura financiera en intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos.

Lo anterior se expresaba en el proyecto con la fijación de un tope o gasto anual máximo de copago por beneficiario, y en cuanto las prestaciones que serán mejoradas en su cobertura son aquellas otorgadas en la MLE. Asimismo, en que los beneficiarios de esta cobertura serán aquellos beneficiarios de Fonasa que estén en los tramos B, C y D y que hayan pagado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan, el 76% de los beneficiarios de Fonasa, teniendo un copago mínimo sobre gasto máximo de bolsillo, que nunca será inferior a un 40% de la suma de 12 veces el ingreso mínimo mensual.

Así, consideró que el seguro de salud clase media es de baja cobertura, pues pretende impactar en usuarios habituales MLE -21.465 eventos- y en personas en lista de espera no GES, con 8.656 casos, lo que represente el 3,44% de los 250.000 casos que se encuentran en esa lista, según el informe financiero del proyecto.

En tal sentido, desde un punto de vista económico, el proyecto aumenta el gasto a las personas y es regresivo, pues beneficia menos a los que ganan menos. Asimismo, es poco eficiente, pues el Estado pondrá por cada persona estimada 'por evento elegible' \$862.041, cuando en modalidad institucional, el uso de tales recursos se podría multiplicar, al menos, por cuatro.

Visto lo anterior, la reforma propuesta no resuelve la crisis del modelo de salud en Chile. Muy por el contrario, profundiza la desigualdad y el endeudamiento de las personas y del sector salud, normalizando el endeudamiento de las personas para acceder al derecho a la Salud, pues implica un subsidio público del 60% del valor final de prestación, y un copago del enfermo del 40% del ingreso familiar anual.

De igual manera, el proyecto no refuerza el sistema sanitario público. Por el contrario, se basa en subsidiar el avance del mercado en cada ámbito de la vida nacional. Esta iniciativa legislativa se aleja de un seguro social, que a través del principio de subsidios cruzados entre sanos y enfermos da cuenta de un sistema de salud garantizado.

Así, el proyecto, más que avanzar en solucionar un problema social como es la salud, asegurando la oportunidad y calidad de atención, lo que hace es excluir a la población que no tenga la capacidad de copago del monto mínimo establecido por el proyecto de ley. En el fondo, genera un modelo de negocio, que establece cuáles serán las ganancias mínimas que tendrá el prestador a través de este proyecto.

Por todo lo anterior, y a modo conclusivo, señaló que la propuesta ingresada no se hace cargo del principal problema que tiene nuestro sistema de aseguramiento de salud, que es la segmentación generada por la existencia de

dos fondos independientes entre sí. De esa manera, un paquete de medidas que no busque generar un aumento global de los recursos públicos, al menos hasta el promedio de la OCDE ni avanzar en una lógica de seguridad social con la integración del sistema de financiamiento, no puede ser planteado como una verdadera reforma ni mucho menos señalarse como integral.

Por ello, se debía terminar con el lucro en salud, permitiendo que el 7% del seguro de salud que contribuyen las personas sea administrado por Fonasa, fortaleciendo y fijando mecanismos de financiamiento de las prestaciones sanitarias del sistema de salud, y mejorando los mecanismos de control de gastos y la gestión en salud.

Es decir, fortalecer la salud pública de Chile para sus habitantes, pues el primer desafío que hoy se tiene en salud es hacerse cargo del actual problema, el que atenta claramente contra la salud de los más pobres, desatendidos y vulnerables del país.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas por los integrantes de la Comisión,** señaló que no participa de una respuesta coordinada entre los diversos expositores que han cuestionado esta iniciativa, sin perjuicio que existen coincidencias en cuanto a la necesidad de fortalecer la atención en el servicio público.

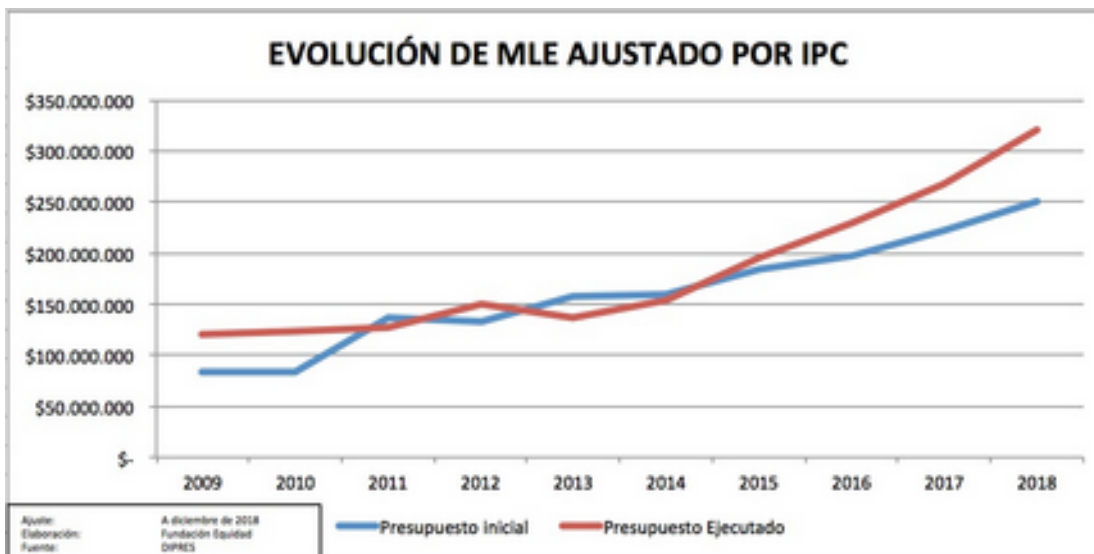
Lo anterior, pues le toca representar a trabajadores del sector salud que quieren que se dé respuesta a las situaciones que hoy ocurren, y que van más allá del mismo proyecto de ley, tales como el desabastecimiento en los establecimientos de salud, o el regreso del trueque entre los diversos establecimientos para poder otorgar adecuadamente las atenciones de salud. En tal sentido, desde los trabajadores existía la disponibilidad para discutir cómo aprovechar de mejor forma la infraestructura existente ampliando las jornadas de uso de la misma, pero disponiendo las medidas administrativas pertinentes que logren otorgar una adecuada asistencia en salud.

#### **11. Tomás Lagomarsino, presidente de la Fundación Equidad Chile.**

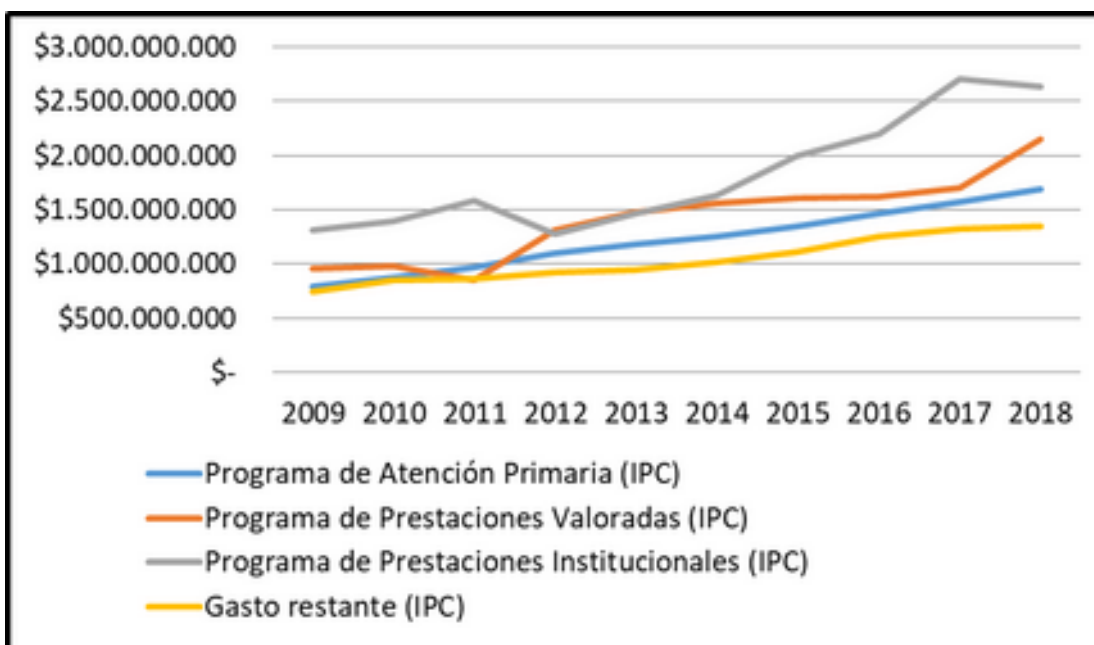
Comenzó señalando que el proyecto más que generar un seguro, crea un fondo de cobertura catastrófica a través de prestadores privados, y no tanto mediante prestadores públicos, pues dicho último sector no está en condiciones de otorgar tales prestaciones.

Así, se continúa privilegiando al sector privado, y subfinanciando al sistema público, y se habría valorado el haber avanzado en fortalecer el sistema público, pero este proyecto no avanza un milímetro en la materia. De igual manera, que se hubiese propuesto que el monto pagado al prestador sea en base a arancel de referencia Fonasa, pues el no hacerlo constituye un mecanismo de transferencia de recursos a privados, que puede desfondar el sistema dada la falta de contención de costos.

Sobre la materia, cabía observar la evolución del gasto en modalidad libre elección desde el año 2009 a la fecha, según da cuenta el siguiente cuadro:



Y compararlo con el gasto ejecutado en los programas de Fonasa:



Como podía apreciarse, mientras el gasto en la modalidad libre elección se ha incrementado por cuatro, el de los programas de Fonasa ha crecido menos de tres veces. Por ello, el proyecto va en el camino equivocado para disminuir el gasto de bolsillo, pues en un período de 6 años, que es el periodo de ejecución informado presupuestariamente, entregar \$37 mil millones al sector privado sin avanzar en el sector público, y sin contar con una herramienta de contención de costos, resultaba un despropósito.

Reiteró, el proyecto no dispone ningún peso adicional a un hospital, CDT o Cesfam, y existe el riesgo de disminuir el presupuesto o que se produzca un estancamiento del aumento logrado con los años.

Por todo lo anterior, entendiendo que el objetivo del proyecto es la contención de costos para las personas que tienen ingresos socio económicos medios, se podría plantear mecanismos para disminuir el gasto de bolsillo, y que podrían entenderse esbozados en el proyecto sobre fortalecimiento de Fonasa (boletín N°12.588-11). Así, si se quiere contener los costos para las personas que requieren intervenciones quirúrgicas, el camino correcto sería eliminar los topes de copago para los tramos C y D, pues ello generaría protección financiera a quienes eligen el sistema público de salud, incentivaría su permanencia en Fonasa y aliviaría del trámite de cobro de copagos a los centros asistenciales, aminorando la deuda hospitalaria que dicha situación origina.

**Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones planteadas por los integrantes de la Comisión,** señaló que el problema que plantea el proyecto es la generación de descrome entre los beneficiarios, y por ello, quienes son pacientes de más riesgo, terminan integrando las listas de espera del sector público. Así, si se asegurase que no hubiese descrome, podría ser un avance.

Además, cabía recordar que en el Senado se discutía la reforma a las Isapres, y ello podía motivar una migración desde Fonasa hacia las Isapres. En tal sentido, resultaba conveniente generar incentivos para evitar esa migración, y eliminar los topes de copago a los tramos C y D podía ser una buena alternativa.

En todo caso, era prioritario disponer alguna medida para la contención de costos, pues de lo contrario, sólo se privilegiará el sistema privado de salud.

## **12. Marcelo Mosso Gómez, director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (segunda presentación).**

Refirió que durante el debate se han planteado cuestiones ajenas al proyecto de ley, como la gobernanza de Fonasa, sus facultades, y la relación e impacto de su actividad con los prestadores públicos y privados.

En tal sentido, cabía recordar que el Presidente de la República dispuso la tramitación de tres proyectos de ley. En el Senado se ingresó una indicación a la reforma de las Isapres, y en esta Comisión se discute este proyecto, y el de fortalecimiento de Fonasa.

Con todo, es en ese último proyecto donde se discutirán aspectos tales como la gobernanza de Fonasa, planes institucionales de atención, lo relativo a sus facultades o su manejo presupuestario. Así, este proyecto busca dar respuesta a una cuestión específica o precisa, que es otorgar cobertura a la clase media en caso de destrucción financiera o, en cambio, perseverar en la situación vigente teniendo pacientes en lista de espera hasta por ocho años. Por ello, observó que el rechazo a la idea de legislar de cualquiera de estos proyectos podía tener implicancias en la manera como se complementan en la reforma al sector salud que se plantea.

Asimismo, fruto de la discusión resultaba necesario dilucidar qué se entiende por plan universal de salud, pues cuando se pregunta a quienes está afiliados a Isapres, se contesta que el plan es un prestador y un porcentaje de cobertura, mientras que a los afiliados a Fonasa, la respuesta es estar en Fonasa. Además, las coberturas específicas de un plan de tal tipo conllevan ciertas definiciones políticas propias de cada gobierno, tales como el definir las patologías a cubrir.

Por ello, podía concordarse en que la definición de un plan de salud universal tiene que ver con las prestaciones que estarán cubiertas, y cuestión distinta es lo relativo a la cobertura financiera y la red en que se prestarán tales prestaciones.

Visto lo anterior, cabía concluir que este proyecto es de cobertura financiera a una serie de prestaciones que se irán incorporando a este plan universal, que se podrá ejecutar en una red de prestadores, principalmente en los pensionados de las instituciones públicas, que hoy tienen 79 de los 81 hospitales de mediana y alta complejidad, contando al efecto con 759 camas. Y si aún falta capacidad, habrá de irse a otro tipo de prestadores, como mutuales.

Al respecto, destacó que al revisar la situación de los grupos B, C y D de Fonasa, las personas que enfrentan una intervención quirúrgica de alto costo lo que tienen que decidir es hacerlo fuera de la red pública, en un pensionado de hospital o algún hospital clínico de universidades en convenio, o irse por la red pública, donde se le informa que queda en lista de espera. Frente a esa realidad, lo que ha ocurrido es que como no pueden esperar, ya sea porque se trata de patologías dolorosas o invalidantes para trabajar, buscan alguna alternativa para pagar y usan la modalidad libre elección.

Finalmente, destacó que este proyecto otorga certeza a las personas sobre cuál es el monto máximo que podrían terminar pagando. En tal sentido, recordó que frecuentemente se ha consultado sobre si avanzar en este proyecto o en cambio en los sistemas PAD. Sobre el particular, recordó que en los PAD se paquetizan todas las prestaciones que estén relacionadas, y ese carácter relacional es el que lo hace buen programa, pero a la vez, puede terminar siendo una cuenta carísima pues si hubo una complicación no relacionada, la cuenta no está cubierta por el PAD. A vía ejemplar, un PAD de parto, donde un bebe nace con un problema de carácter congénito, no está cubierto, o si la madre tiene un problema de comorbilidad, tampoco, y comienza a cobrarse prestación por prestación, lo que resulta tremendamente costoso, y termina siendo una destrucción para las familias.

### **13. Jaime Mañalich Muxi, ministro de Salud.**

En una primera presentación ante la Comisión, hizo presente que se está realizando un trabajo prelegislativo tendiente a concordar pareceres con los integrantes de la Comisión y, al efecto, se está analizando el incluir a los beneficiarios de Fonasa A en este proyecto de ley. En tal sentido, no convenía agotarse en este momento en el detalle de cuál sería, en definitiva, el tope del

copago a realizar, si el 40% de los ingresos anuales con un mínimo de 40% de los ingresos mínimos anuales, u otro, mientras esa conversación no se desarrolle y pondere debidamente.

En una segunda comparecencia, refirió que durante varias semanas se ha discutido este proyecto de ley, que tiene por objeto generar un mecanismo de seguridad social, de extender la protección social a un segmento de la población que necesita tener un seguro de gasto catastrófico en salud, que no abordan las prestaciones auge, y que para financiar tales coberturas, tienen que comenzar a vender sus bienes, hacer rifas, etc.

Así, el objetivo del proyecto es permitir que las personas reciban los tratamientos cuando corresponde, y no empobrecerlas en ese intento, lo que tenía especial fuerza al tener presente el número de personas en lista de espera por prestaciones quirúrgicas no auge, sobre 250.000.

Al efecto, el proyecto, en la medida que se ha ido perfeccionando por la conversación ocurrida al interior de la Comisión, constituiría un seguro catastrófico, y entrega soluciones de salud para cirugías paquetizadas en modalidad libre elección a los beneficiarios de los tramos A a D de Fonasa, en el cual el monto del copago es completamente conocido por el paciente antes de someterse a la intervención.

En tal sentido, recordó que la red pública dependiente del ministerio de Salud no tiene la capacidad para atender a esas 250.000 personas en espera, y ello genera un potencial interés de parte de los hospitales institucionales o universitarios, lo que en la práctica importa que todos los pacientes Fonasa que ingresen a ellos con cirugías de alto costo, obtienen una garantía de financiamiento.

Así, tener esa claridad inicial permitirá usar de mejor forma los recursos, y abocarse entre otros, al problema de la privatización oculta ocurrida en el sector público de salud, donde en la misma estructura y usando contratos de sociedades médicas, se paga de forma más cara por la realización de estas prestaciones de salud en la red pública.

Por todo lo anterior, insistió en que este proyecto es adecuado como parte de la seguridad social. Como Gobierno estimó, les parece que han hecho un esfuerzo intenso, que ha requerido conversaciones para ir negociando y cediendo en aquello que se ha manifestado como muy importante, pero más allá de los compromisos alcanzados, no había posibilidad de seguir aumentando la oferta, pues de hacerlo sería irresponsable de su parte, pues desnaturalizaría el sentido o misión del proyecto.

En tal sentido, solicitó se votase en general proyecto, a fin de determinar si tenía sentido insistir en las indicaciones que sería necesario ingresar, a fin de dar cumplimiento a los compromisos alcanzados.

Terminada su intervención, se manifestó por algunos integrantes de la Comisión su apoyo al establecimiento de un seguro y a la inclusión de los beneficiarios de Fonasa tipo A en modalidad libre elección, sin perjuicio de la necesidad de explicitar la preferencia en el uso de la red pública de salud, aun

cuando la voluntad de avanzar en infraestructura pública resultaba clara por los niveles alcanzados. Asimismo, explicitar cómo se lograría un equilibrio en el gasto público en el tema, y avanzar en la creación de un plan universal de salud común al sector público y privado.

De igual manera, se estimó que la propuesta en discusión resultaba ser un sistema PAD con tope, y para las prestaciones de menor costo bastaría el sistema PAD vigente, y por ello era necesario el proyecto, pues con el mero sistema vigente 250.000 personas se encuentran en lista de espera no ges.

Por ello, era pertinente aprobar en general el proyecto, en la confianza que los compromisos alcanzados se concretarían en futuras indicaciones.

Por otra parte, algunos integrantes de la Comisión recordaron que al momento de discutirse la creación del sistema Auge, se manifestó que aquellas prestaciones que no fueran auge, a la larga serían un problema por cuanto quedarían postergadas al quedar fuera de las priorizaciones sanitarias, pues los incentivos para los directores de salud estarían en las prestaciones valoradas.

A su vez, otros manifestaron su inquietud en que si se aprobaba en general el proyecto sin conocer la redacción concreta de las indicaciones, y en tanto son de materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, se estuviese otorgando un cheque en blanco en la materia.

Asimismo, que si bien sería un proyecto que funcionaría adecuadamente tratándose de prestaciones de alto costo, no lo parecía para las patologías regulares o medianas.

De igual manera, no era claro como este proyecto resultaba ser una mejor propuesta que el programa PAD, ya vigente en la materia.

En respuesta a las observaciones manifestadas, el ministro Mañalich señaló que el acuerdo del cual se hacía responsable contempla la inclusión de los beneficiarios de Fonasa tipo A, y la definición de tiempos máximos de atención, siguiendo la garantía de oportunidad dispuesta en Auge. En cuanto a priorizar la red pública, se dispondrá un sistema de prelación hacia Fonasa al momento de definir a los prestadores, sin perjuicio que los valores de los aranceles debían ser los mismos para el segmento público y el privado.

Con todo, resultaba necesario terminar con una situación que si bien surgió para manejar las listas de espera no auge, terminó siendo un problema en el sistema público de salud, esto es, la contratación de las sociedades médicas para prestaciones en recintos públicos. Al respecto, refirió que el gasto en modalidad libre elección ascendía a 260 mil millones de pesos, e incluyendo copagos, terminaba siendo 300 mil millones. Mientras, el pago a las sociedades médicas era de 450 mil millones de pesos

Es una industria que mueve 650 millones de dólares pagados vía honorarios con fondos fiscales. La diferencia en costo por la misma prestación ejecutada por el mismo profesional en la mañana como funcionario, y en la tarde como sociedad médica debía terminarse, y era evidente que un proyecto como

este resultaba agresivo contra el lucro y la privatización de la salud pública, pues si seguían con esas prácticas y formas de contratación, la salud pública iba a desaparecer.

- **Discusión propiamente tal, en el seno de la Comisión.**

En términos generales, se plantearon algunas posturas a favor o en contra de lo propuesto en el mensaje, que pueden resumirse de la siguiente manera.

Algunos de los integrantes de la Comisión lo cuestionaron, planteando que el proyecto crea un seguro de salud enfocado en la clase media, pero que el concepto 'clase media' es amplio y abarca realidades socioeconómicas diversas para las personas que integran ese segmento poblacional. En tal sentido, con la regulación concreta contenida en el proyecto esas diversas realidades socioeconómicas no tendrían un trato similar, pues sólo los segmentos altos de ella podrían acceder, en forma efectiva y real, a la protección planteada.

Asimismo, se señaló que si el objetivo del proyecto es descongestionar la lista de espera de prestaciones quirúrgicas no ges, no parece que tendrá mayor impacto a la luz de lo reportado en el informe financiero en cuanto a la cantidad de prestaciones que podían ser satisfechas en virtud del proyecto, y teniendo presente que más de 250.000 personas integran esa lista.

Finalmente, se observó que si se destinan recursos públicos para solucionar este problema, cabe considerar las diversas alternativas que podrían servir al efecto, tales como los programas PAD (pago asociado a diagnóstico) y GRD (grupos relacionados de diagnóstico), vigentes en la materia.

Otros integrantes de la Comisión, en cambio, manifestaron que más allá de las diversas realidades que integran la clase media, el proyecto dispone un beneficio a favor de personas que componen ese segmento de la población, del que actualmente carecen.

En tal sentido, si esas personas se acogen al sistema propuesto en el proyecto, aquellas que integran la lista de espera en prestaciones quirúrgicas no ges se verían beneficiadas, pues el sistema público de salud tendría mayor disponibilidad de recursos para otorgarles atención. Por ello, la cuestión a decidir era si perseverar en los programas vigentes, que importa mantener la lista de espera en prestaciones quirúrgicas no ges o, en cambio, generar una nueva alternativa en la materia y permitir que mediante lo propuesto en el proyecto de ley se solucione, siquiera en parte, el problema.

Por su parte, se hizo hincapié por varios integrantes de la Comisión, que el real beneficio y muy apropiado para esa parte de la clase media que tiene necesidades básicas satisfechas pero que cualquier enfermedad que salga de lo habitual les hace caer nuevamente en la pobreza, consiste en que sabrán claramente cuál será el costo de la intervención o del tratamiento que tendrá una

determinada patología cuando deba intervenir el sistema de salud, amén de que se sabrá claramente cuál será el piso y techo que deberá pagar por su solución.

Asimismo, habiéndose planteado por algunos integrantes de la Comisión que resulta necesario al momento de legislar en la materia, tener presente las necesidades de fortalecimiento y financiamiento que históricamente ha tenido el sistema público de salud, se hizo presente que a pesar de la inversión pública en infraestructura hospitalaria, pasarán varios años antes que el sistema público pueda satisfacer todas las prestaciones que en materia de salud tiene la población beneficiaria del sistema. Por ello, agregaron, la colaboración del sector privado para satisfacer los requerimientos de los pacientes del sector público aún resulta necesaria. Al respecto, y fruto del debate ocurrido en la Comisión se aprobó que el Fondo Nacional de Salud suscriba convenios para la dación de prestaciones a favor de los beneficiarios de este proyecto de ley, debiendo preferir los prestadores del sector público o privado sin fines de lucro, y sólo a falta o déficit de ellos, a quienes integran el sector privado.

Finalmente, habiéndose planteado por algunos integrantes de la Comisión que resultaba pertinente no acotar la cobertura propuesta sólo a los integrantes de la clase media (Fonasa tramos B, C y D), sino incorporar a todos quienes son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (incluir Fonasa tramo A), fruto del debate ocurrido en la Comisión, se incrementó el presupuesto, y se aprobó que todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud puedan acceder a la cobertura dispuesta en el proyecto de ley.

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en el mensaje, y luego de recibir las explicaciones del Ministro de Salud, de los demás representantes de dicha Secretaría de Estado, del Director de Fonasa y de los invitados expertos e instituciones y gremios, que permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias y la incidencia real que tienen las propuestas contenidas en el proyecto de ley, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la mayoría absoluta** (7 votos a favor y 6 en contra). Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, Durán, Macaya, Olivera (en reemplazo de Andrés Celis), Ossandón, Troncoso (en reemplazo de Sergio Gahona) y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Castro, Ricardo Celis, Ibáñez, Labra, Rosas y Vidal (en reemplazo de Miguel Crispi).

\* \* \* \* \*

**b) Discusión particular.**

Durante la discusión artículo por artículo, la Comisión llegó a los siguientes acuerdos:

**Artículo único.-**

Tiene por objeto introducir un artículo 143 bis, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, de 2005, del siguiente tenor:

“Artículo 143 bis. Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará “Seguro de Salud Clase Media”, para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos, incluyen el conjunto de prestaciones necesarias e indispensables para la resolución integral del problema de salud cubierto, tales como, medicamentos e insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias hasta 30 días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

El Fondo Nacional de Salud propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones y tratamientos a financiarse con el seguro, acompañado de un informe relativo a su impacto fiscal.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, visada por la Dirección de Presupuestos, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con prestadores públicos o privados que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos B, C, o D, y que hayan enterado al menos seis cotizaciones en los doce meses anteriores al mes de su activación, y los beneficiarios que de él dependan.

Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el afiliado de la siguiente forma:

1. El monto hasta el cual el afiliado soportará los gastos generados en cada intervención o tratamiento de enfermedad cubierta, será el equivalente al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen.

2. En ningún caso el monto que soportará el afiliado, al que se refiere el numeral 1 anterior, podrá ser inferior al cuarenta por ciento de doce veces el ingreso mínimo mensual vigente a la fecha de la activación.

3. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

4. Se establece un "gasto máximo anual por beneficiario" que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este 'gasto máximo anual por beneficiario' no podrá ser inferior al cuarenta por ciento de doce ingresos mínimos mensuales.

Para el financiamiento de la retribución de cargo del afiliado en este seguro, no serán aplicables las normas sobre otorgamiento de préstamos establecido en el artículo 162 de esta ley.

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos y requisitos para activar esta cobertura, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143."

--- Se presentaron 26 indicaciones.

**1)** Del Ejecutivo para reemplazar en su inciso primero, la frase 'seguro de salud clase media', por 'seguro catastrófico'.

**Se aprobó por unanimidad. (13-0-0)**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**2)** Del Ejecutivo, para modificar su inciso segundo de la siguiente manera:

a) Intercálase, a continuación de la palabra 'tratamientos', la palabra 'cubiertos'.

b) Reemplázase la palabra 'incluyen' por la frase 'deben incluir'.

c) Elimínase, entre la palabra 'salud' y el vocablo 'tales', la expresión 'cubierto'.

Cabe hacer presente que, durante el estudio de esta indicación, en conjunto con el inciso segundo, se acordó por todos los miembros de la Comisión introducir, luego del vocablo "prestaciones" la frase "codificadas o no".

**Se aprobó por unanimidad.** (13 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**3)** Del diputado Ricardo Celis, para agregar en el inciso segundo, luego de la palabra "medicamentos" lo siguiente: "hospitalarios y ambulatorios".

**Se aprobó por unanimidad.** (13 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**4)** Del diputado Ricardo Celis, para reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

"La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con el seguro, a través de la definición de "canastas de prestaciones prioritarias", elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública y aprobado por Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda."

**Se aprobó por unanimidad.** (13 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**5)** De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para suprimir el inciso tercero.

**Se entendió rechazada reglamentariamente.**

**6)** Del Ejecutivo para agregar el siguiente inciso cuarto nuevo, pasando el actual inciso cuarto a ser quinto, y así sucesivamente:

“Para efectuar dicha propuesta, el Fondo deberá fundarla en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:

a) un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población;

b) un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud;

c) la prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud, y

d) un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.”.

Por acuerdo de los miembros de la Comisión, en conjunto con el Ejecutivo, se estimó adecuado modificar el encabezado de este inciso propuesto, de la siguiente manera: “Dicha aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud, deberá ser fundado en...”. Y asimismo, se consideró más apropiado que el literal c) propuesto en la indicación, se contemple como literal a), y cambiar el resto de los literales en forma sucesiva.

**Se aprobó por mayoría absoluta, la indicación con las enmiendas referidas.** (12 votos a favor y 1 abstención).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi. Se abstuvo Labra.

**7)** De los diputados Crispi y Ricardo Celis, para suprimir en el inciso cuarto, la frase “visada por la Dirección de Presupuestos”.

**Se aprobó por unanimidad.** (13 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**8)** Del diputado Labra, para agregar el siguiente inciso quinto:

‘Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud Suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con el fin de que estos se lleven a cabo en forma preferente en el sistema público de salud y cuando no sea posible, en otros recintos en convenio. La autoridad sanitaria pertinente autorizará la atención en el sistema privado de salud siempre y cuando se acredite que el sistema público no cuenta con los mecanismos de gestión que pueda llevar a cabo las prestaciones de salud a que hace mención esta norma. La forma y procedimiento de otorgar la autorización será regulada a través de un reglamento dictado al efecto.’.

**Se entendió rechazada reglamentariamente.**

**9)** Del Ejecutivo, para reemplazar su inciso quinto, que ha pasado a ser inciso sexto, por el siguiente:

“Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios, o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente u obtener una oferta más ventajosa que aquella ofrecida por los prestadores antes mencionados, se podrá suscribir dicho convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección.”.

Durante la discusión, hubo acuerdo de los diputados presentes en la Comisión, de intercalar el vocablo “preferentemente” entre las palabras “suscribirá” y “convenios”.

Asimismo, también hubo acuerdo por eliminar la frase, en el inciso primero, “u obtener una oferta mas ventajosa que aquella ofrecida”.

**Se aprobó por unanimidad la indicación, con las enmiendas referidas.** (12 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Van Rysselbergue y Verdessi.

**10)** De los diputados Castro, Ricardo Celis y Rosas, para incorporar en el inciso quinto, luego del punto final, lo siguiente:

‘La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en la cual se establecerá en las bases un arancel de referencia que no será excedible para el prestador.’.

Durante la discusión de esta indicación, hubo consenso en cambiar la frase “que no será excedible para el prestador” por la oración “que será obligatorio para el prestador”.

**Se aprobó por unanimidad la indicación, con la enmienda referida.** (12 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Van Rysselbergue y Verdessi.

**11)** Del diputado Labra, para incorporar el siguiente inciso sexto.

‘Las entidades privadas que participen del sistema que consagre la presente norma, tendrán la obligación de establecer precios equivalentes a los contemplados por el sistema público para las prestaciones que efectúen en el marco de la presente normativa.’.

**Se rechazó por mayoría de votos** (3 a favor, 8 en contra y 1 abstención).

Votaron a favor los diputados Juan Luis Castro, Ibáñez y Labra.

Votaron en contra los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Andrés Celis, Crispi, Gahona, Ossandon, Van Rysselbergue y Verdessi.

Se abstuvo el diputado Ricardo Celis.

**12)** Del Ejecutivo para introducir el siguiente inciso séptimo nuevo, corrigiéndose la numeración correlativa de los incisos posteriores:

“Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.”.

**Se aprobó por unanimidad** (12 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Van Rysselbergue y Verdessi.

**13)** Ejecutivo, para remplazar su inciso sexto, que ha pasado a ser octavo, nuevo, por el siguiente:

“Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, los beneficiarios del Fondo que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los doce meses calendario anteriores al mes de su activación”.

Durante la discusión de esta indicación, se estimó apropiado cambiar el vocablo “los” por la palabra “todos”, de tal manera que sea inequívoco que se entrega la cobertura de esta ley a todos los beneficiarios de Fonasa, según las nuevas indicaciones introducidas.

Asimismo, se acordó rebajar de doce a seis, el número de meses respecto de los cuales una persona debe estar acreditada como beneficiaria de Fonasa, para poder hacer uso de este seguro.

**Se aprobó por unanimidad, con las enmiendas ya referidas** (13 votos a favor).

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**14)** Del diputado Labra, para introducir en el inciso sexto, lo siguiente:

‘Podrán hacer uso de las coberturas de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos A, B, C o D’.

**Se entendió reglamentariamente rechazado.**

**15)** Del Ejecutivo para modificar su inciso séptimo, que ha pasado a ser noveno, de la siguiente manera:

a) Reemplázase en el enunciado de su párrafo primero, la palabra “afiliado” por “beneficiario”.

b) Reemplázase el numeral 1 por el siguiente:

“1.- Mediante un deducible, que soportará el beneficiario, y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales.”.

c) Elimínase el numeral 2, pasando el actual numeral 3 a ser numeral 2, y así sucesivamente.

d) Reemplázase en el numeral 4 que ha pasado a ser numeral 3, la frase “al cuarenta por ciento del total de los ingresos anuales del grupo familiar” por “a 4,8 veces su ingreso familiar mensual”, y la frase “al cuarenta por ciento de 12” por “a 4,8”.

**Sometida a votación divida esta indicación, en conjunto con el texto del mensaje, se aprobó por unanimidad el literal a) (12 votos a favor), y por mayoría de votos los literales b), c) y d) (7 votos a favor y 6 en contra).**

En el literal a), votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Van Rysselbergue y Verdessi.

Los literales b), c) y d) fueron votados a favor por las diputadas y diputados Bellolio, José Miguel Castro, Andrés Celis, Gahona, Ossandón, Van Rysselbergue y Verdessi; y en contra, por los diputados Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Labra y Rosas.

**16)** De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 1, en el inciso séptimo, la palabra ‘cuarenta’ por la expresión ‘diez’.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**17)** De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 1, en el inciso séptimo, la palabra ‘cuarenta’ por la frase ‘tramo que corresponda según el inciso precedente’.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**18)** De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 2, en el inciso séptimo, la palabra ‘cuarenta’ por la expresión ‘diez’.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**19)** De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 2, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la frase 'tramo que corresponda según el inciso precedente'.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**20)** De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 4, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la expresión 'diez'.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**21)** De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 4, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la frase 'tramo que corresponda según el inciso precedente'.

**Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

**22)** Del diputado Ricardo Celis, para eliminar el inciso octavo

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**23)** Del Ejecutivo, para modificar su inciso décimo, que ha pasado a ser duodécimo, de la siguiente manera:

a) Intercálase entre la palabra "requisitos" y la frase "para activar", la frase "y plazos".

b) Intercálase entre la palabra "cobertura," y la frase "y las demás", lo siguiente: "así como también los procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos."

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**24)** Del Ejecutivo para agregar los siguientes incisos décimo tercero y décimo cuarto nuevos:

"El seguro de este artículo no será aplicable para aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.996, que establece un régimen de

garantías en salud y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. Serán asimismo aplicables para quienes transgredan las disposiciones de este artículo lo dispuesto en los artículos 168 y 169 de este decreto con fuerza de ley.”.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**25)** Del diputado Ricardo Celis, para agregar los siguientes incisos finales:

“Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en plazo de un año, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3° de la Ley 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

Dicha reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial “No Ges” y la capacidad instalada, en un plazo no superior a 8 años.”.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

**El resto de los incisos del artículo, que no fueron objeto de indicaciones, fueron aprobados por la unanimidad de los diputados presentes.**

Artículo primero transitorio.-

Dispone que esta ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hacen referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

Artículo segundo transitorio.-

Consagra que los reglamentos a que se hace referencia en los incisos noveno y décimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los noventa días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los treinta días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá un plazo máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

Artículo tercero transitorio.-

Dispone que durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso cuarto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

Artículo cuarto transitorio.-

Señala que el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No

obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

**Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Juan Luis Castro, José Miguel Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas, Van Rysselbergue y Verdessi.

### **III.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.**

#### Artículos rechazados.

No hay.

#### Indicaciones rechazadas.

Al artículo 143 bis, introducido por el artículo único permanente del proyecto:

1) De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para suprimir el inciso tercero.

2) Del diputado Labra, para agregar el siguiente inciso quinto:

‘Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud Suscribirá convenios, o anexos a los convenios ya establecidos, con el fin de que estos se lleven a cabo en forma preferente en el sistema público de salud y cuando no sea posible, en otros recintos en convenio. La autoridad sanitaria pertinente autorizará la atención en el sistema privado de salud siempre y cuando se acredite que el sistema público no cuenta con los mecanismos de gestión que pueda llevar a cabo las prestaciones de salud a que hace mención esta norma. La forma y procedimiento de otorgar la autorización será regulada a través de un reglamento dictado al efecto.’.

3) Del diputado Labra, para incorporar el siguiente inciso sexto.

‘Las entidades privadas que participen del sistema que consagre la presente norma, tendrán la obligación de establecer precios equivalentes a los contemplados por el sistema público para las prestaciones que efectúen en el marco de la presente normativa.’.

4) Del diputado Labra, para introducir en el inciso sexto, lo siguiente:

'Podrán hacer uso de las coberturas de este seguro, los afiliados que se encuentren en los tramos A, B, C o D'.

5) De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 1 la palabra 'cuarenta' por la expresión 'diez'.

6) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 1, la palabra 'cuarenta' por la frase 'tramo que corresponda según el inciso precedente'.

7) De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 2, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la expresión 'diez'.

8) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 2, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la frase 'tramo que corresponda según el inciso precedente'.

9) De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el numeral 4, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la expresión 'diez'.

10) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para sustituir en el numeral 4, en el inciso séptimo, la palabra 'cuarenta' por la frase 'tramo que corresponda según el inciso precedente'.

#### **IV. INDICACIONES INADMISIBLES.**

1) De los diputados Crispi, Ibáñez y Torres, para sustituir en el inciso primero, en el artículo 143 bis nuevo, la frase 'en la Modalidad de Libre Elección' por 'en la Modalidad de Atención Institucional'.

2) De los diputados Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez y Labra, para agregar un nuevo inciso séptimo, en el artículo 143 bis nuevo, del siguiente tenor:

"Para tal efecto, los copagos según tramo serán los siguientes: A: 0%; B: 0%; C: 10%, y D: 20%.

Para acceder al beneficio del cero por ciento de copago, la atención deberá realizarse en prestadores del sistema nacional de servicios de salud."

3) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Labra, para agregar un nuevo inciso séptimo, en el artículo 143 bis nuevo, del siguiente tenor:

"Para tal efecto, los copagos según tramo serán los siguientes: A: 0%; B: 0%; C: 40%, y D: 40%.

Para acceder al beneficio del cero por ciento de copago, la atención deberá realizarse en prestadores del sistema nacional de servicios de salud."

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente el señor Diputado Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

## P R O Y E C T O   D E   L E Y

"Artículo único.- Incorpórase el siguiente artículo 143 bis, en 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 N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N° 18.469, del siguiente tenor:

"Artículo 143 bis. Establécese, en la Modalidad de Libre Elección, una cobertura financiera especial, que se denominará "Seguro Catastrófico", para intervenciones quirúrgicas y tratamiento de enfermedades.

Dichas intervenciones y tratamientos cubiertos, deben incluir el conjunto de prestaciones, codificadas o no, necesarias para la resolución integral del problema de salud, tales como medicamentos hospitalarios y ambulatorios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias, y complicaciones post operatorias hasta treinta días posteriores a la cirugía, de acuerdo a la indicación médica respectiva.

La Subsecretaría de Salud Pública propondrá, conjuntamente con la formulación presupuestaria anual, el listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiarse con el seguro, a través de la definición de "canastas de prestaciones prioritarias", elaboradas en base a una priorización sanitaria regulada que considere etapas de evaluación de evidencia y participación de un comité libre de conflictos de interés. Dicho proceso será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, y aprobado por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

Dicha aprobación efectuada por el Fondo Nacional de Salud deberá ser fundada en un estudio que incluya, a lo menos, lo siguiente:

- a) La prioridad sanitaria que al efecto fije el Ministerio de Salud;
- b) Un análisis cuantitativo de listas de espera de aquellas prestaciones que no se encuentren garantizadas por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, con la finalidad de determinar las necesidades de la población;
- c) un análisis de la oferta pública y privada disponible para la entrega de dichas prestaciones de salud, y
- d) Un análisis de costo y efectividad de cada una de las prestaciones a incluir.

Una vez aprobada la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, el Fondo Nacional de Salud dictará una resolución, que establecerá el listado de intervenciones y tratamientos que comprenderá dicho seguro.

Para el otorgamiento de cada una de las intervenciones y tratamientos a que se refiere el inciso segundo, el Fondo Nacional de Salud suscribirá preferentemente convenios con prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud u otros prestadores públicos, universitarios, o sin fines de lucro. En su defecto, de no tener oferta suficiente por los prestadores antes mencionados, se podrá suscribir dicho convenio con prestadores privados, que otorgarán soluciones a dichos problemas de salud y que pasarán a ser parte de una red preferente en la modalidad de libre elección. La adjudicación de los convenios deberá ser precedida por una licitación pública, en la cual se establecerá en las bases un arancel de referencia que será obligatorio para el prestador.

Para la suscripción de estos convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.

Podrán hacer uso de la cobertura de este seguro, todos los beneficiarios del Fonasa que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.

Estas intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto entre el Fondo Nacional de Salud y el beneficiario de la siguiente forma:

1.- Mediante un deducible, que soportará el beneficiario, y que corresponderá a la sumatoria de los gastos generados en cada intervención o tratamiento, el cual será el equivalente a 4,8 veces el ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este deducible no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales.

2. Por sobre el monto a que se refiere el numeral 1, los gastos asociados a cada una de las intervenciones y tratamientos cubiertos, serán de cargo íntegro del Fondo Nacional de Salud.

3. Se establece un "gasto máximo anual por beneficiario" que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención o tratamiento en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año respectivo, y que corresponderá a 4,8 veces su ingreso familiar mensual dividido por el número total de beneficiarios integrantes de dicho grupo, constituido por el afiliado y los beneficiarios que de él dependen. Este 'gasto máximo anual por beneficiario' no podrá ser inferior a 4,8 ingresos mínimos mensuales.

El cálculo del ingreso anual del grupo familiar se determinará de acuerdo a la información de ingresos que proporcione el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y será regulado en un reglamento del Ministerio de Salud, el que será suscrito además por el Ministro de Desarrollo Social y Familia, y el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los mecanismos, requisitos y plazos para activar esta cobertura, así como también los

procedimientos necesarios para la incorporación de nuevas intervenciones y tratamientos, y las demás disposiciones necesarias para otorgarlas.

El seguro de este artículo no será aplicable para aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

La correcta utilización de este seguro será fiscalizada por el Fondo Nacional de Salud. Serán, asimismo, aplicables para quienes transgredan las disposiciones de este artículo lo dispuesto en los artículos 168 y 169 de este decreto con fuerza de ley.

En el evento que el afiliado no efectúe la activación del seguro o que opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no esté comprendida dentro de la red preferente asociada a la intervención o tratamiento cubierto, se aplicará lo establecido en el artículo 143.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud en el plazo de un año, a proposición de la Subsecretaría de Salud Pública y del Fondo Nacional de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, definirá los estándares de atención del Régimen General de Garantías mencionados en el artículo 3 de la ley N° 19.966. Esto incluirá establecer una canasta de prestaciones nacional con definición de tiempos máximo de espera recomendados.

Dicha reglamentación establecerá, además, la obligación del Estado de otorgar financiamiento de las brechas que deben cerrarse en la red pública, a fin de cumplir los estándares de atención señalados. Lo anterior deberá ejecutarse en un proceso gradual, por etapas de cierre de brecha regulado y definido por criterios sanitarios, incluyendo el establecimiento de plazos concretos para el cierre total de la brecha entre la demanda asistencial "No Ges" y la capacidad instalada, en un plazo no superior a 8 años.

Artículo primero transitorio.- Esta ley comenzará a regir el primer día del cuarto mes siguiente al que se publique en el Diario Oficial el último de los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis que por esta ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo segundo transitorio.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los noventa días siguientes a su publicación en el Diario Oficial. El Fondo Nacional de Salud deberá enviar al Ministerio de Hacienda las propuestas de dichos reglamentos, para la revisión de este último, en un plazo no superior a los treinta días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio

de Hacienda tendrá un plazo máximo de veinte días para enviar sus observaciones al Fondo Nacional de Salud y al Ministerio de Salud, para su posterior tramitación.

Artículo tercero transitorio.- Durante el primer año de vigencia de esta ley, la resolución del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 bis, que por esta ley se incorpora, visada por la Dirección de Presupuestos, sólo incluirá un grupo de intervenciones quirúrgicas programables. Esta resolución deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo cuarto transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el mayor gasto será financiado de acuerdo a lo que disponga la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.”.

\*\*\*\*\*

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 23 de julio, 6, 13, 19 y 20 de agosto, 3, 10 y 24 de septiembre y 8 y 24 de octubre de 2019, con la asistencia de las diputadas y diputados Jaime Belloio Avaria, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya (Presidente), Andrés Celis Montt, Miguel Angel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Diego Ibañez Cotroneo, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandón Irrarrazabal, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

Asistieron, también, los diputado Víctor Torres Jeldes, Jose Miguel Castro Bascuñan (en reemplazo del diputado Jorge Durán Espinoza) y Enrique Van Rysselberghe Herrera (en reemplazo del diputado Javier Macaya Danús).

**Se designó Diputado Informante al señor Ricardo Celis Araya.**

Sala de la Comisión, a 24 de octubre de 2019.

**ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS**  
Abogado Secretaria de la Comisión