MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY PARA FORTALECER LAS FACULTADES DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

Santiago, 22 de abril de 2019.

M E N S A J E Nº 033-367/

A S.E. EL PRESIDENTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS.

Honorable Cámara de Diputados:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley Nº 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, con el propósito de fortalecer las facultades del Fondo Nacional de Salud para garantizar el acceso y opciones de sus beneficiarios a prestaciones de salud.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo al último estudio de la OCDE sobre salud pública, "*Chile tiene un sistema de salud y arquitectura de salud pública en buen funcionamiento, bien organizado y gobernado en forma efectiva*"[1].

El camino recorrido para obtener los buenos índices en salud que hoy exhibe el país frente al mundo, como la baja tasa de mortalidad infantil, o la nutrición de sus niños, ha sido el actuar decidido de personas, organizaciones, y del propio Estado de Chile, a lo largo de muchas décadas, comenzando por el gran cambio que significó la creación del Servicio Nacional de Salud en los años cincuenta.

[1] Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile, HACIA UN FUTURO MÁS SANO, EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES. 2019

A fines de 1979, se creó el Fondo Nacional de Salud, producto de la fusión entre el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), cuyo objeto fue convertirse en el ente financiero a cargo de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a la Salud en Chile. Una de sus principales funciones es financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios.

A partir de entonces, con las reformas al sistema de financiamiento de la salud y la creación del aseguramiento privado en los años ochenta, y las posteriores reformas del año 1989 y 2005, se organizó el sistema de salud de la forma que conocemos hoy.

Es así que el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, establece que la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene potestad en *"las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud"*[2]. Esta Subsecretaría se hace cargo de la articulación de los Servicios de Salud, los que *"coordinadamente tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas"*[3].

Junto a estas atribuciones, se les entrega a los Directores de los Servicios de Salud, el *"velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red"*[4].

---

[2] Artículo 8, DFL 1, de 2005 del Ministerio de Salud.
[3] Artículo 16, DFL 1, de 2005 del Ministerio de Salud.
[4] Artículo 21, DFL 1, de 2005 del Ministerio de Salud.

De esta manera, nuestro sistema público de salud se organiza hoy con un Ministerio de Salud al que le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud; una Subsecretaría de Redes Asistenciales, que articula la red asistencial y vela por la atención a los beneficiarios del sistema, es decir, es el prestador sanitario; la Subsecretaría de Salud Pública que tiene a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas; y el Fondo Nacional de Salud, que, como se mencionó, le corresponde el financiamiento de las prestaciones de salud.

Bajo esta organización, el Ministerio de Salud, junto a sus dos Subsecretarías, velan por los objetivos sanitarios del país, y priorizan sus acciones en este sentido. Por su parte, dadas las facultades que contempla la ley, muchos coinciden que las acciones del Fondo Nacional de Salud se limitan al financiamiento, sin mayor injerencia en velar por la calidad, acceso y oportunidad de las prestaciones de salud de sus beneficiarios.

A pesar de la evolución positiva en cuanto a índices de salud pública desde los años cincuenta, los desafíos que hoy enfrenta el país en esta materia son considerables.

Muchas son las soluciones que los expertos han planteado para enfrentar los desafíos actuales en salud producto del cambio demográfico y epidemiológico con una población más envejecida, la innovación tecnológica que genera aumento de costos, las expectativas de los

pacientes, y la inequidad[5] en el acceso a soluciones de salud, entre otros.

Dentro de estas soluciones, es materia de gran consenso el que debemos modificar la manera de organizarnos para hacer frente a este reto. Así como en los cincuenta el país decidió no hacer más de lo mismo en materia sanitaria, creando un Servicio Nacional de Salud y procurando una acción decidida a nivel gubernamental con materias tan diversas como el acceso a agua potable y alcantarillado, la educación y la desnutrición infantil, hoy se plantea que entre las soluciones está el que Fonasa pueda cumplir un rol más activo[6] en este esquema, fortaleciéndose con la finalidad de ser un verdadero "Seguro Público"[7] que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. Esto implica que progresivamente avance en convertirse en un garante en el sistema de salud para sus beneficiarios.

Esta necesidad de fortalecer este rol en Fonasa, se refleja en la disconformidad de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, evidenciada en las encuestas que

---

[5] *"La inequidad que se observa al interior de cada subsistema, particularmente, en el sistema público, donde existen diferencias geográficas de acceso, dado que la infraestructura y los recursos humanos especializados están concentrados en ciertas zonas del país. Esto genera una fuerte inequidad en el acceso a la atención de salud al interior del FONASA*". CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: LA IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA Y LA TRANSICIÓN ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio?, Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, Santiago, octubre de 2017

[6] *"Fonasa tiene hoy obligaciones que afectan su eficiencia y toma de decisiones con foco en el usuario, puesto que está obligado a financiar y utilizar los hospitales estatales, no siempre siendo la alternativa más efectiva para sus beneficiarios. Otras restricciones que impiden un mejor desempeño son: fijación por ley de los métodos de pago, restricciones de compra a privados, entre otros"* Aportes para una reforma a los seguros de salud: Una propuesta y tres Comentarios, en Debates de política pública, CEP 2018

[7] *"Al revisar la ley es posible notar que Fonasa cumple funciones que no son compatibles con las de un seguro de salud. Por una parte, debe financiar prestaciones de salud para sus beneficiarios y por otra parte, debe financiar a los hospitales estatales de manera independiente si realizan una atención a sus asegurados. Estas dos funciones entran en conflicto, puesto que otorgar prestaciones de salud de la mejor calidad posible y a un bajo costo, no siempre significa hacerlo desde prestadores estatales, sin embargo, por ley, Fonasa está obligado a financiarlos y, por tanto, a utilizar sus servicios"*, en "Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud", CEP-Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2017.

realiza la Superintendencia de Salud y otros centros de estudio[8], mayormente respecto al acceso a atención hospitalaria y los tiempos de espera en las urgencias y hospitales, la ausencia de especialistas, las esperas para la atención en oficinas de Fonasa y el que no sea posible comprar bonos (reembolso previo a la atención) en todos los centros de salud, así como el temor de no saber si se cuenta con los recursos necesarios para enfrentar una situación de accidente o enfermedad grave.

El proyecto de ley que presento fortalece el rol de Fonasa de manera de entregarle facultades para derivar beneficiarios con necesidad de atención, incorporando una evaluación de costo eficiencia o de rentabilidad social, y no puramente sanitarias -como es el justo deber de la red de salud- procurando así acceso oportuno y de calidad por el bienestar de sus afiliados.

Junto a ello, le entrega flexibilidad en cuanto a la manera de otorgar cobertura financiera en la modalidad de libre elección, procurando mayores y mejores opciones de atención a sus beneficiarios, mediante la eliminación de los topes de cobertura para la libre elección, manteniendo las garantías de cobertura mínima para la atención institucional. Ello, con el objeto de otorgar la flexibilidad necesaria al Fonasa para el ajuste de las coberturas, resguardando la adecuada participación de los Ministerios de Salud y Hacienda en los ámbitos de sus competencias, al establecer que dichas coberturas serán fijadas por un decreto conjunto de dichas instituciones.

Además, el proyecto de ley que presento corrige un aspecto problemático en materia de beneficiarios del Fonasa, producido por la imposibilidad de que “el” cónyuge pueda

[8] Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017, Elaborado por Universidad de Concepción para Superintendencia de Salud, febrero de 2018. Encuesta chilenas y chilenos Hoy, Capítulo 2, “Chilenas y Chilenos frente a la educación y salud”, Encuesta Espacio Público –Ipsos 2018, marzo 2019.

ser considerado carga de “la” cónyuge. Esto resulta muy controvertido si tenemos presente que la Constitución Política de la República asegura a todas las personas el derecho a la igualdad ante la ley. Este proyecto concreta el principio de igualdad, eliminando la diferenciación en esta materia. Finalmente, se actualiza la normativa, incorporando al conviviente civil como carga.

Actualmente, nuestro Gobierno está comprometido con las políticas sociales y el avance en los modelos de cobertura y accesibilidad garantizados, así como el mejorar la calidad y opciones para permitir que las personas tengan acceso a más y mejores atenciones de salud. Este proyecto de ley se enmarca en esta política al fortalecer el rol de Fonasa.

II. OBJETIVO

La propuesta sometida a vuestra consideración tiene la finalidad de fortalecer al Fondo Nacional de Salud, creando herramientas para mejorar la atención de sus afiliados y beneficiarios, sea en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o en la Modalidad de Libre elección (MLE), a fin de asumir un rol activo en el acceso y oportunidad a servicios de salud de su población beneficiaria, y de forma muy especial a la clase media, entregándole más opciones.

El proyecto busca, en primer lugar, dar a Fonasa, la posibilidad de derivar a los asegurados que han optado por la atención institucional y que se encuentran en espera de atención, sea desde un servicio de salud a otro o, incluso, a un establecimiento privado en convenio, cuando se cumplan criterios objetivos entregados a la potestad reglamentaria.

En la misma línea de fortalecimiento institucional, en segundo lugar, se eliminan los topes de cobertura para la libre elección, manteniendo las garantías

de cobertura mínima para la atención institucional. Ello, con el objeto de otorgar la flexibilidad necesaria al Fonasa para el ajuste de las coberturas, resguardando la adecuada participación de los Ministerios de Salud y Hacienda en los ámbitos de sus competencias, al establecer que dichas coberturas serán fijadas por un decreto conjunto de ambas instituciones.

Por otra parte, el proyecto innova respecto de un aspecto que ha sido problemático en materia de beneficiarios del Fonasa, siendo incluso objeto de una moción parlamentaria (Boletín N°11.294-11) de las H. Diputadas Maya Fernández Allende, Camila Vallejo Dowling, la ex Diputada Karla Rubilar Barahona, y los H. Diputados Jaime Bellolio Avaría, Fuad Chahín Valenzuela, Tucapel Jiménez Fuentes Marcelo Schilling Rodríguez, Leonardo Soto Ferrada, y los ex Diputados Roberto Poblete Zapata y Felipe de Mussy Hiriart, permitiendo que “el” cónyuge pueda ser considerado carga de “la” cónyuge.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO

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

El artículo único modifica 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:

a) Se incorpora la facultad del Fondo Nacional de Salud de poder disponer la atención de un beneficiario en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud en el nivel secundario o terciario, a otros establecimientos de la red que tengan capacidad resolutiva o bien, en su defecto, en los prestadores con los que mantenga convenios vigentes, cuando determine su pertinencia de conformidad con los protocolos de

derivación clínica y financiera que se establecerán mediante un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, propuesto por el Fondo Nacional de Salud, el que contendrá las normas y criterios generales aplicables para que proceda esta derivación. Para ello se explicita la facultad de requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, resguardando dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628, en lo referente al tratamiento de datos personales.

b) Se actualiza el listado de beneficiarios del Fonasa, agregándose el conviviente civil, al que ya se le otorgó la calidad de carga en el artículo 29 de la ley N° 20.830 y se termina con la diferencia entre la cónyuge y el cónyuge varón entre sí, en relación con la posibilidad de ser carga uno de otro.

c) Se eliminan los topes de cobertura para la libre elección, manteniendo las garantías de cobertura mínima para la atención institucional. Ello con el objeto de otorgar la flexibilidad necesaria al Fonasa para el ajuste de las coberturas, resguardando la adecuada participación de los Ministerios de Salud y Hacienda en los ámbitos de sus competencias, al establecer que dichas coberturas serán fijadas por un decreto conjunto de dichas instituciones el que se dictará una vez publicada la Ley de Presupuestos para el Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.

Además, se contiene tres disposiciones transitorias.

La primera incorpora la norma de vigencia, la que indica que la ley entrará en vigencia el primer día hábil del mes subsiguiente al de su publicación en el

Diario Oficial y que los decretos, reglamentos y resoluciones deberán dictarse en el plazo de 90 días contado desde la publicación de la ley en el Diario Oficial.

La segunda disposición transitoria contiene la norma de imputación del gasto que el proyecto pueda irrogar, indicando 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, y que 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 se pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes el mayor gasto se financiará con cargo a lo que dispongan las respectivas Leyes de Presupuestos del Sector Público.

Finalmente, el artículo tercero transitorio señala que mientras no se dicte el decreto supremo del nuevo inciso cuarto del artículo 143, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud que establece esta ley.

En base a todo lo anteriormente expuesto es que, en uso de mis facultades constitucionales, vengo en formular el siguiente:

P R O Y E C T O D E L E Y:

Artículo Único.- Modifícase el decreto con fuerza de ley Nº 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 modo:

1) Modifícase el artículo 50 de la siguiente manera:

a) Intercálase en la letra b) el siguiente párrafo cuarto nuevo, pasando los actuales párrafos cuarto, quinto y sexto a ser quinto, sexto y séptimo, respectivamente:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el Título I, del Capítulo II, del Libro Primero y en el artículo 21 inciso cuarto de la presente ley, tratándose de atenciones de nivel secundario y terciario, el Fondo Nacional de Salud podrá disponer la atención de un beneficiario en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud o, en su defecto, en los prestadores con los que mantenga convenios vigentes, cuando determine su pertinencia de conformidad con los protocolos de derivación clínica y financiera que se establecerán mediante un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, propuesto por el Fondo Nacional de Salud, el que contendrá las normas y criterios generales aplicables para que proceda esta derivación.”.

b) Sustitúyase, en la letra g) la frase “. Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628, y” por la siguiente oración “, especialmente podrá requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, tales como ficha clínica, facturación, diagnóstico o tratamiento, entre otras. Toda persona que, en el ejercicio de su cargo, tenga acceso a esta información, deberá guardar reserva y confidencialidad respecto de la misma y abstenerse de usarla con una finalidad distinta de la que corresponda a sus funciones, debiendo dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628, en lo referente al tratamiento de datos personales, y”.

2) Intercálase en el artículo 136, a continuación de la letra e), las siguientes letras f) y g) nuevas, pasando las actuales letras f) y g) a ser h) e i), respectivamente:

“f) El conviviente civil del afiliado;

g) El cónyuge que carezca de ingresos propios;”

3) Modifícase el artículo 143 de la siguiente manera:

a) Suprímese la segunda parte del inciso tercero y las letras a), b) y c).

b) Sustitúyese los incisos cuarto y quinto por los siguientes, reordenándose los incisos siguientes de manera correlativa:

"Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará el Fondo para financiar los aranceles a los que se refiere el artículo 159 de la presente ley. En este mismo decreto se podrán establecer valores diferenciados de cobertura para las distintas prestaciones que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero.

Para estos efectos, el Fondo Nacional de Salud presentará, a dichos ministerios, conjuntamente con la propuesta de decreto supremo, un informe con los cambios en los porcentajes de bonificación solicitados y su impacto fiscal.

El decreto a que se refiere el inciso cuarto se dictará una vez publicada la Ley de Presupuestos para el Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.".

c) Suprímese en el inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, la expresión "Ministerio de Salud, mediante".

d) Agrégase en el inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, a continuación de la expresión "decreto supremo", la frase "al que se refiere el inciso anterior".

e) Suprímese el inciso décimo, que ha pasado a ser décimo primero, reordenándose los incisos siguientes de manera correlativa.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO.- La presente ley comenzará a regir el primer día hábil del mes subsiguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Los decretos, reglamentos y resoluciones a que se refiere esta ley, deberán dictarse en el plazo de 90 días contado desde la publicación de la misma en el Diario Oficial.

ARTÍCULO SEGUNDO 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 se pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes el mayor gasto se financiará con cargo a lo que dispongan las respectivas Leyes de Presupuestos del Sector Público.

ARTÍCULO TERCERO TRANSITORIO.- Mientras no entre en vigencia el decreto supremo a que se refiere el nuevo inciso cuarto del artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 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, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley.”.

Dios guarde a V.E.,

SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE
Presidente de la República

FELIPE LARRAÍN BARCUÑÁN
Ministro de Hacienda

EMILIO SANTELICES CUEVAS
Ministro de Salud

Ministerio de Hacienda
Dirección de Presupuestos
Reg. 59/GG
Reg. 261/HH
I.F. N°059/23.04.2019

Informe Financiero

Proyecto de ley para fortalecer las facultades del Fondo Nacional de Salud

Mensaje N° 033-367

I. Antecedentes

El proyecto de ley cuenta con un artículo único permanente y tres artículos transitorios. El artículo único modifica el DFL 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, en las siguientes materias.

Primero, se incorpora una nueva facultad al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para gestionar la atención de salud de sus beneficiarios en el nivel secundario o terciario a otros establecimientos de la red que tengan capacidad resolutiva o bien a prestadores privados en convenio, bajo criterios de pertinencia de conformidad con los protocolos de derivación clínica y financiera que se establecerán mediante un reglamento del Ministerio de Salud. Para ello, se explicita la facultad de requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, resguardando dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628, en lo referente al tratamiento de datos personales.

Segundo, se actualiza el listado de beneficiarios del Fonasa, agregándose el conviviente civil, al que ya se le otorgó la calidad de carga en el artículo 29 de la ley N° 20.830 y se termina con la diferencia entre la cónyuge y el cónyuge varón entre sí, en relación con la posibilidad de ser carga uno de otro.

Tercero, se eliminan los topes de cobertura para la libre elección, manteniendo las garantías de cobertura mínima para la atención institucional. Ello con el objeto de otorgar la flexibilidad necesaria al Fonasa para el ajuste de las coberturas, resguardando la adecuada participación de los Ministerios de Salud y Hacienda en los ámbitos de sus competencias, al establecer que dichas coberturas serán fijadas por un decreto conjunto de dichas instituciones, el cual será dictado una vez publicada la Ley de Presupuestos para el Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.