



**INFORME DE LA COMISIÓN MIXTA,**  
recaído en el proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA.

**BOLETÍN Nº [12.662-11](#)**

---

[Constancias](#) / [Normas de Quórum Especial \(si tiene\)](#) / [Consulta Excma. Corte Suprema \(no hubo\)](#) / [Propuesta de Cambio de Nombre del Proyecto](#) / [Asistencia](#) / [Descripción de la controversia y acuerdos de la Comisión Mixta](#) / [Proposición](#) / [Texto](#) / [Acordado](#).

**HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS,  
HONORABLE SENADO:**

La Comisión Mixta, constituida en conformidad a lo dispuesto por el artículo 70 de la Constitución Política de la República, tiene el honor de proponer la forma y modo de resolver la divergencia surgida entre la Cámara de Diputados y el Senado durante la tramitación del proyecto de ley de la referencia, originado en Mensaje del Ex Presidente de la República, señor Sebastián Piñera Echenique, con urgencia calificada de “Suma”.

La Cámara de Diputados, Cámara de origen, en sesión celebrada el 10 de agosto de 2022, designó como miembros de la Comisión Mixta a la Honorable Diputada señora Ana María Gazmuri Vieira y a los Honorables Diputados señores Andrés Celis Montt, Daniel Lilayu Vivanco, Patricio Rosas Barrientos y Tomás Lagomarsino Guzmán.

A su vez, el Senado, Cámara revisora, en sesión celebrada el 10 de agosto de 2022, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 46 del Reglamento, designó como integrantes de la Comisión Mixta a los miembros de la Comisión de Salud

Previa citación del señor Presidente del Senado, la Comisión Mixta se constituyó el día 1 de septiembre de 2022, con asistencia de sus miembros, Honorables Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán, Juan Luis Castro, e Iván Flores García, y Honorable Diputada señora Ana María Gazmuri Vieira y Honorables Diputados señores Andrés Celis Montt y Tomás Lagomarsino Guzmán. En dicha oportunidad, eligió, por unanimidad, como Presidente al Honorable Senador señor Francisco Chahuán Chahuán. Seguidamente, se abocó al cumplimiento de su cometido.

- - -



## CONSTANCIAS

- **Normas de quórum especial:** Sí tiene.
- **Consulta a la Excma. Corte Suprema:** No hubo.
- **Proposición de cambio de nombre del proyecto:** Sí hubo.

- - -

## NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

A juicio de la Comisión Mixta, y en lo relativo a su proposición, el proyecto de ley debe ser aprobado como norma de quórum calificado, esto es, por la mayoría absoluta de los Senadores y Diputados en ejercicio, por tratarse de normas de la seguridad social. Lo anterior, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 19, ordinal 18° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, de la misma Carta Fundamental.

- - -

## PROPUESTA DE CAMBIO DE NOMBRE DEL PROYECTO

La propuesta del Ejecutivo, reemplaza el título del proyecto de ley, sustituyendo la frase “que crea el seguro de salud catastrófico, a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa” por “que crea el sistema de acceso priorizado a determinadas intervenciones sanitarias”. El cambio de nombre fue aprobado por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión Mixta.

- - -

## ASISTENCIA

### - **Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión:**

Honorable Senadora señora Claudia Pascual Grau.  
Honorable Diputado señor Enrique Lee Flores.

### - **Representantes del Ejecutivo e invitados:**

Del Ministerio de Salud: La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera; el Jefe de la División de Planificación Sanitaria, señor Manuel Nájera; el Jefe de DIGERA, señor Iván Paul; la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña; el Jefe de Asesores, señor Raúl López, y los Asesores, señora Consuelo Espinoza y señores Jaime Junyent, y Julio Muñoz.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales: el Subsecretario, señor Osvaldo Salgado; el ex Subsecretario, señor Fernando Araos; la Asesora Legislativa, señora Javiera Vela, y el Asesor, señor Héctor Reyes.



Del Fondo Nacional de Salud FONASA: el Director, señor Camilo Cid; el Jefe del Departamento de Comunicaciones Estratégicas, señor Andrés Fuentealba; la Jefa de la División de Gestión Comercial, señora Nancy Dawson; el Jefe de la División de Planificación y Desarrollo Estratégico de FONASA, señor Matías Goyenechea; la Jefa de Gabinete, señora Francisca Garat, y la Jefa de Comunicaciones, señora Marlene Rettig, y la Abogada de la División de Planificación y Desarrollo Estratégico de FONASA, señora Ingrid Lazcano.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: los Asesores, señora Sofía Salvo y señores Cristian Abarca y Miguel Vergara.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: el Tesorero Nacional, señor Carlos Becerra y el Abogado, señor Rodrigo Gaete.

De Libertad y Desarrollo: el Director de Políticas Públicas, señor Pablo Eguiguren, y la Investigadora señora María Trinidad Schleyer.

El señor Emilio Santelices.

La señora Paula Daza.

El señor Álvaro Erazo.

El señor Fernando Araos.

De Clínicas de Chile A.G.: el Presidente, señor Javier Fuenzalida, y el Asesor de Comunicaciones, señor Emilio González.

Del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián: la directora de Estudios, señora Carolina Velasco.

La Asesora del señor Álvaro Erazo, señora Marcela López.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Investigador, señor Eduardo Goldstein.

**- Otros (Asesores):**

De la oficina del Senador Francisco Chahuán: señores Cristian Carvajal; Nicolás Cerda; Felipe Crespo; José Manuel Parra; Luis Quezada, y Marcelo Sanhueza.

De la oficina del Senador Juan Luis Castro González: la Jefa de Gabinete, señora Meggy López, los Periodistas, señora Paola Astudillo y señor Arturo León, y señora Teresita Fabres.

De la oficina de la Senadora Ximena Ordenes: señores Camilo Aguilera; Juan Calderón; Pablo Flores, y Jonatan Sepúlveda.

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señor Benjamín Rug.



De la oficina del Senador Javier Macaya: la Jefa de Gabinete, señora Karelyn Luttecke, señora Teresita Santa Cruz y señor Carlos Oyarzún.

De la oficina del Senador Iván Flores: señora Carolina Allende.

De la oficina del Senador Felipe Kast: señor Oscar Morales.

De la oficina la Senadora Claudia Pascual: señora Renata Juica y señores Roberto Carrasco, y Rodrigo Flores.

De la oficina de la Diputada Ana María Gazmuri: señoras Consuelo Ramírez y Bárbara Fuentes, y señores Benjamín Aguayo, y Jorge Carroza.

De la oficina del Tomás Lagomarsino: señoras Carolina Carreño; Constanza González, y Cicely Sánchez, y señores José Retamales, y Luis Vergara.

De la oficina del Diputado Daniel Lilayu: señores Arturo Hasbún, y Juan Palma.

De la oficina de la Diputada Marisela Santibáñez: señora Leticia Fuentes.

De la oficina de la Diputada Catalina Pérez: señor Vicente Jiménez.

De la oficina de la Diputada María Luisa Cordero: señores Josué Céspedes y Alejandro Jorquera.

De la oficina del Diputado Patricio Rosas: señora Xiomara Serrano.

Del Comité RN: señores Jorge Madrid; Luis Saavedra y Octavio Tapia.

Del Comité UDI: señora Cristina Pinochet.

Del Comité PPD: señora Paulina Silva.

---

## DESCRIPCIÓN DE LA CONTROVERSIA Y ACUERDOS DE LA COMISIÓN MIXTA<sup>1</sup>

La Cámara de Diputados, en primer trámite constitucional, aprobó el proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (Boletín N°12.662-11), cuyo texto es el siguiente:

"Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, 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.

---

<sup>1</sup> A continuación, figura el link de cada una de las sesiones, transmitidas por TV Senado, que la Comisión dedicó al estudio del proyecto:

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-03-21/072247.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-04-04/073321.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-06-05/113218.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-07-23/160854.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-08-27/171656.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-09-03/155725.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-09-10/151746.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-09-25/091811.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-10-30/075750.html>

La 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.
- 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 cuyas bases se establecerá 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 Fondo Nacional de Salud que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.

Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por 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 para los

beneficiarios de los tramos B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.

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 para los beneficiarios de los tramos B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.

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 por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, 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 a 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. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.

En el evento de 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 seis meses, 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.

La 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 ocho años.

#### Disposiciones transitorias

Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del 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 en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta 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 veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el 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.- 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 en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario 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 pudiese 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.”.

Posteriormente, el Senado, en segundo trámite constitucional, desechó el proyecto en su totalidad.

---

A continuación, se efectúa una relación del debate producido.

El **Honorable Senador señor Chahuán** recordó que la Comisión Mixta se constituyó, frente al rechazo de la idea de legislar, por parte del Senado.

Señaló que la administración de listas de espera es fundamental y para ello resulta clave entregar más atribuciones al FONASA y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Recordó que el acuerdo que se logró en el marco de la Ley de Presupuesto, va en esa dirección. Además de la asignación presupuestaria, indicó que se establecieron procedimientos para disminuir la capacidad ociosa de los hospitales y generar mayor eficiencia de los mismos.

Enseguida, el **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Osvaldo Salgado** manifestó que este proyecto de ley tiene como virtud que intenta dar un criterio sanitario a la Modalidad de Libre Elección (MLE) que, actualmente, implica un gasto significativo para el sistema, pero que no tiene necesariamente la orientación de prioridad sanitaria.

El **Director Nacional de FONASA, señor Camilo Cid** precisó que el Ministerio de Salud ya ha abordado la idea de incorporar la priorización sanitaria y que necesariamente, al ofrecer una garantía adicional en la MLE, también era necesario incorporar condiciones similares en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), a fin de equilibrar ventajas de unos y otros, en el sentido de preservar condiciones de equidad, el estudio de los prestadores y el estudio de los deducibles que se analizaron.

Por su parte, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** acompañó una [presentación](#), por medio de la cual explicó la propuesta para resolver las divergencias surgidas entre ambas Cámaras en la discusión del proyecto de ley<sup>2</sup>.

Para ello, explicó que realizan una propuesta sustitutiva al texto aprobado por la Cámara de Diputados, en primer trámite constitucional. En primer lugar, se reemplaza el título, sustituyendo la frase “que crea el seguro de salud catastrófico, a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa” por “que crea el sistema de acceso priorizado a determinadas intervenciones sanitarias”, lo que da cuenta de la necesidad de tener un uso sanitario de la Modalidad de Libre Elección, que contribuya a disminuir las listas de espera.

A continuación, detalló los aspectos principales del proyecto de ley e indicó que el objetivo del proyecto es mejorar la cobertura financiera en la

---

<sup>2</sup> Por acuerdo de la Comisión Mixta, en sesión de fecha 5 de junio de 2024, esta actividad se incorpora al presente informe. <https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2023-11-30/080927.html>  
<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-12662-11-seguro-salud/2024-03-14/075000.html>

Modalidad de Libre Elección, principalmente en el ámbito quirúrgico, creando un mecanismo que permite establecer un copago conocido para el beneficiario, mediante un deducible y un gasto máximo anual (tomando elementos que estaban en el espíritu de la propuesta original), para un conjunto priorizado de prestaciones, que va a ser aplicable tanto para los beneficiarios de los tramos B, C y D de FONASA en la MLE.

Añadió que también considera una mejora para los beneficiarios del tramo A, que es un mecanismo espejo, consistente en que el FONASA queda obligado a otorgar a dichos beneficiarios el mismo número de prestaciones que a los otros tramos, los que deben ser practicados dentro de la red asistencial de salud.

Informó que se trata de tener un acceso priorizado para un listado de patologías de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiar. Añadió que el listado de intervenciones prioritarias será definido por el Ministerio de Salud, en atención a criterios sanitarios, como las listas de espera.

Agregó que eso implica que aquellas patologías que tienen Garantías Explícitas en Salud (GES) no entran en el listado, porque ya tiene una garantía de oportunidad. Añadió que el objetivo es extender la oportunidad a patologías que no están cubiertas o a tramos de edad que no están cubiertos por el GES.

Además, prosiguió, reemplaza el mecanismo de pago por prestación al Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), a objeto de resguardar la integralidad de las intervenciones sanitarias y no comprometer un mayor gasto de bolsillo, haciendo un uso más eficiente de la red privada.

Mencionó que este proyecto es de acceso universal, no implica pago de prima, tiene un listado priorizado, se definirán cupos de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria y las personas que tienen MLE ingresarán directamente por la derivación de su médico, hasta que se completen los cupos. Añadió que la propuesta tiene un informe financiero que va creciendo con los años.

En el caso de FONASA grupo A, se hace el mecanismo espejo, con la misma cantidad de cupos, para que sean derivados a una solución más rápida, reduciendo los tiempos de espera, lo que es prioridad del sector.

Asimismo, indicó que propone disminuir los montos deducibles que había definido el proyecto original. Los deducibles se pagan ante FONASA y serán acordes al nivel de ingreso de las personas, por lo tanto, será por tramos, de acuerdo al grupo del FONASA. En el caso del grupo A, no tienen deducible y tendrá al menos la mitad de los cupos. A su vez, se simplifica el acceso de los beneficiarios a la protección financiera.

Informó que el FONASA articulará la red de prestadores que integrará a esta compra de servicios, a fin de solucionar los problemas de salud con prestadores fuera del sistema nacional de servicios de salud.

Para dar cumplimiento a lo anterior, continuó, se deberá formular un decreto anual, con el listado de intervenciones priorizadas, que definirá la cantidad de cupos. Añadió que se debe realizar el estudio de costos que implica el listado priorizado, de manera que el Ministerio de Hacienda apruebe el listado de patologías y los cupos que se van a conceder y tendrá vigencia anual para el año calendario siguiente a su dictación.

Detalló que tendrá una acción diferenciada, si se trata de MAI, en el caso de los beneficiarios que se encuentran en lista de espera, la derivación la realizará FONASA de oficio, en cambio, las personas que acceden a través de la MLE, accederán mediante el pago del deducible, no siendo necesario que estén en una lista de espera.

Reiteró que se incorporan los GRD, para la resolución integral de las intervenciones priorizadas, que a diferencia del Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), permite considerar prestaciones posteriores al egreso, por ejemplo, la rehabilitación, dado que tiene un enfoque integrado de la solución específica del problema de salud.

En cuanto a los elementos específicos, indicó que habrá un reglamento dictado en un plazo de seis meses por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministerio de Hacienda, que regulará aspectos clave de este sistema de atenciones priorizadas, como el procedimiento para la determinación de intervenciones, los términos de la derivación y la forma de redistribución de los egresos.

La propuesta contempla un régimen transitorio, que se va a extender hasta la entrada en vigencia del reglamento, con un decreto transitorio, para que se haga uso efectivo del presupuesto disponible.

Explicó que mientras no se encuentre vigente el reglamento, el Sistema de Acceso Priorizado (SAP) solo operará en MAI para quienes se encuentren en lista de espera y el FONASA solo podrá utilizar los convenios vigentes para su implementación.

Con la vigencia del reglamento, se va a extender a la MLE y en los primeros seis meses, funcionará con las personas que están en la lista de espera en MAI, con las patologías priorizadas en el listado.

El **Honorable Senador señor Chahuán** agradeció la disminución del deducible, que será un alivio para aquellas personas que puedan usar la MLE para ser atendidas rápidamente y con ello evitar complicaciones mayores de salud.

El **ex Ministro de Salud, señor Emilio Santelices** manifestó que cuando se presentó este proyecto de ley, en la línea de acción de clase media protegida, se buscaba mejorar la condición de salud, particularmente de quienes estaban en lista de espera.

Agregó que el propósito era generar recursos de manera que, en el ámbito de la MLE, las personas pudieran optar para no quedar cautivos en

el sistema que no podía resolver su problema de salud y hacerlo oportunamente.

Entendiendo que, al liberar espacio en el sistema público, adicionalmente, las personas del FONASA, grupo A, podrían tener mayor disponibilidad y solución.

Recordó que en el Senado no se recogió adecuadamente el mensaje y se produjo una traba. Estimó que incorporar otras instituciones distintas a las públicas para resolver los problemas, va en el sentido correcto de lo que se planteó en sus orígenes.

Llamó a revisar lo relacionado con los deducibles, porque se reducen. Comprendió que el objetivo es dar mayor facilidad de acceso a las personas, sin embargo, eso puede conspirar con la amplitud e impacto de proyecto de ley (si se busca disminuir la lista de espera), porque dependiendo del marco presupuestario, mayor cantidad de personas van a querer acceder al sistema, no obstante, solamente se podrá entregar cobertura para un número muy reducido de cirugías.

Advirtió que el deducible va a ser exiguo y no tendrá el efecto que se buscaba, que era que aquellas personas que efectivamente, de manera razonable podían hacer un aporte, pudieran hacerlo.

Observó que hay un tema de presupuesto y de expectativas que se puede ver mermada, porque rápidamente se va a copar y muy pocas personas, con el presupuesto asignado, accederán.

El **Honorable Senador señor Chahuán** llamó a buscar un equilibrio porque las personas de bajos ingresos deben tener la posibilidad de aportar menos, pero la gran discusión se va a dar con la Dirección de Presupuestos y con el Ministerio de Hacienda, para ampliar los recursos de manera que sea una modalidad que permita reducir en gran medida la lista de espera.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** requirió saber los tipos de prestaciones quirúrgicas que podrían ser implementadas en el listado y el número de prestaciones que alcanzarían a cubrirse (como ejercicio presupuestario).

En cuanto a la red de prestadores con los que el FONASA celebraría convenios, consideró adecuado que se realice a través de GRD, porque asegura un monto definido para la prestación. Consultó cómo se abren a prestadores privados y cuales se incorporarían.

Enseguida, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó por el estado de la productividad quirúrgica en Chile, donde la jornada médica de trabajo actual, genera incentivos complejos al surgir las sociedades médicas que transan paquetes GES, vía compra de servicios, con alto costo, en desmedro de la jornada diurna.

Manifestó que hay otro problema, que dice relación con la optimización del uso de pabellones en el sector público. Por otro lado, la queja de los prestadores privados es la falta de mayor financiamiento para la compra de listas de espera.

Sostuvo que este proyecto de ley, que surgió para resolver problemas de enfermedades de alto costo o catastróficas, mutó a un estado más abierto de prestaciones. En tal sentido, preguntó por la oferta del SAP quirúrgico No GES y consultó por los tiempos de espera y volumen de prestaciones No GES.

Respecto al deducible, que está disminuido, expresó que igualmente se debe pagar para poder acceder al cupo respectivo. Requirió saber si se complementa con la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) del FONASA.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó si se trata de un GES rápido, como un atajo a la lista de espera GES, que implica poner más presupuesto o se trata de un sistema diferente.

Preguntó si aquellas personas que están en MCC podrán acceder a este sistema, porque si es así, en la medida que se tiene dinero, se puede acceder más rápido.

A su vez, la **Honorable Diputada señora Gazmuri** observó que el deducible igualmente es importante, pensando en el universo de personas a las que va a afectar. Añadió que comparte la preocupación con la dependencia de la disponibilidad presupuestaria.

A continuación, preguntó por la forma en la que se va a cautelar que no se genere un pequeño modelo de negocio, con esta priorización, a los prestadores privados.

A continuación, el **Honorable Diputado señor Lagomarsino** consideró que el nombre aún no se ajusta a lo que es realmente el proyecto de ley, porque más que un seguro catastrófico, estamos ante un seguro de salud catastrófico quirúrgico, ya que, al leer el contenido del proyecto, se nota que el giro son las cirugías y eso parece un Pago Asociado a Diagnostico (PAD), pero reforzado.

Añadió que no es bueno hacer publicidad engañosa, dado que muchas de las personas piensan que el seguro de salud catastrófico será algo parecido a lo que existe en Isapres, es decir, una cobertura adicional para enfermedades de alto costo.

Consultó porqué el estudio para revisar las patologías que cubrirá este modelo, lo realizará el FONASA y no la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), que es la que habitualmente hace los estudios para la incorporación de las patologías de GES.

Por otra parte, requirió saber la razón de expresar el deducible en ingresos mínimos y no en Unidades de Fomento (UF).

La **Honorable Senadora señora Pascual** solicitó aclarar la diferencia entre el bono PAD, el GES y el seguro catastrófico o SAP, que se está proponiendo.

A su vez, manifestó que no se niega a que, en la derivación con el seguro catastrófico, estuviera un privado, pero su preocupación está enfocada en el cobro excesivo que éste podría realizar, y que además, ocurra lo mismo que se produce con el GES, donde finalmente los pacientes terminan siendo operados en el sector privado por el mismo médico que realiza la atención en el hospital público, a los tres meses y un día, porque entró en el plazo establecido en la ley.

Por último, preguntó si existe una propuesta para utilizar de manera más prolongada los pabellones de hospitales públicos, de manera de generar una resolución mayor en el sistema y cuál es el camino de aseguramiento de los recursos en cada presupuesto, a objeto de permitir su aumento para resolver de mejor manera las listas de espera.

El **Honorable Diputado señor Rosas** valoró el acuerdo orientado a establecer un precio justo, como el GRD, que es un mecanismo de pago correcto, tanto en el sector público como en el privado. Al respecto, requirió saber cuánto volumen se va a llevar a la modalidad de prestaciones compradas, porque 10.000 prestaciones, para una lista de espera de 250.000, no es suficiente.

El **Honorable Senador señor Chahuán** señaló que el proyecto en discusión contiene una herramienta que va a generar un sistema integrado que otorga muchos más elementos al FONASA para administrar la lista de espera.

A su vez, el **Director del FONASA**, respondiendo a las consultas planteadas, señaló que la estrategia respecto a la lista de espera, es amplia, de todo el sistema.

Afirmó que ha habido estrategias a través de los centros de referencia regional (CRR), para aumentar la productividad de los pabellones, también en el presupuesto de ejecución normal del sistema, cuando han aumentado la tasa base de GRD, a fin de fomentar la producción, alcanzando los niveles pre pandemia.

Recordó que se trata de un proyecto de ley específico, que viene de ideas anteriores y respecto de la cual, el Gobierno presenta una propuesta sustitutiva, que se focaliza en la resolución de listas de espera. Reconociendo que es un programa que se adiciona a los existentes.

Explicó que el Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), se da en Modalidad de Libre Elección (MLE) y el objeto es que la persona tenga claro cuanto será el copago. Se trata de un convenio con el prestador, que permite el acceso a una intervención, normalmente, quirúrgica. Pero no es específicamente una resolución de lista de espera.

En el proyecto de ley en discusión, prosiguió, lo que se hace es conjugar las dos herramientas (MAI y MLE). En ese contexto, se priorizan las enfermedades que producen catástrofes financieras, inmovilidad funcional en las personas y gran deterioro en su actividad diaria. Se abordan problemas como las caderas, várices, hernias, que no están priorizados en otros programas y que están en lista de espera.

Explicó que las personas, a través de la MAI, que están en lista de espera, pueden ser derivadas al sector privado y como es MAI, el copago es cero, siendo de responsabilidad del FONASA el financiamiento en el sector privado, porque está priorizado sanitariamente por esta iniciativa.

Respecto de las mismas patologías priorizadas, en la MLE, continuó, se disminuye el copago, a través de los *Stop Loss* (detener pérdidas) o deducibles que se han establecido, para que las personas resuelvan de manera más fácil la prestación requerida. Si optan por este sistema, el FONASA se hace cargo de la parte que no es copagada, correspondiente a lo que excede de los deducibles.

Añadió que también hay otras herramientas financieras que tiene el FONASA en la MLE, que son los préstamos médicos, que permite el pago en cuotas, con un crédito accesible.

A continuación, se refirió a la consulta relacionada con las alzas de precios, precisando que para evitarlo se estableció el pago por GRD o Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD). Señaló que el GRD es más amplio que el PAD, dado que no diferencia por tramos de edad y es integral, porque incorpora todos los elementos.

Aclaró que la Modalidad de Cobertura Complementaria es un sistema permanente, para todo tipo de atención, no solo para las que están en lista de espera. La MCC permite una cobertura financiera superior a la de la MLE, en el uso de prestadores privados.

El llamado proyecto de “Ley Corta de Isapres”, actual [ley N° 21.674](#), junto con resolver el problema de cumplir los fallos de la Corte Suprema, pretende que el FONASA sea realmente una posibilidad de elección de las personas, de manera que puedan conservar protección financiera, gastando prácticamente lo mismo que gastan como pre pago actualmente, del 7%.

En cuanto a los estudios que realiza el Fondo, señaló que este caso está concentrado en el sector privado de uso y administración, a través de la compra directa del FONASA, por lo cual es más sencillo y se realiza cada año.

Respecto a la consulta de la unidad monetaria, planteó que presupuestariamente, se trabaja como sector público en pesos nominales y cuando trabajan con ajustes, se utilizan los ajustadores del Ministerio de Hacienda.

Por su parte, el **Honorable Diputado señor Lagomarsino** consideró que se complejiza significativamente el sistema, porque habrá FONASA, MAI, MLE, PAD, MCC, SAP. Sostuvo que, en un estado de enfermedad, se deben simplificar las cosas para los pacientes, con un sistema que opere de manera más automática en lugar de establecer burocracias.

Aclaró, sobre la unidad monetaria, que la UF tiene una variación mas conocida y proyectable en el tiempo, por eso llamó su atención la modalidad en la cual se calcula, que es a través de ingresos mínimos.

Luego, el **Honorable Senador señor Chahuán** consultó por la articulación que debiera existir respecto de camas clínicas para absorber la lista de espera, logrando una coordinación público-privada.

El **Jefe de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA), señor Iván Paul** señaló que la división que dirige en el Ministerio de Salud, que es de gestión de la red asistencial, es la encargada de monitorear, entre otras situaciones, la disponibilidad de camas básicas, medias y de Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI).

Precisó que constantemente están monitoreando y solucionando algunos problemas que surgen y que bloquean camas por razones de reparación de infraestructura, falta de personal, entre otros factores.

Indicó que el proyecto de ley en discusión puede tener una influencia positiva en las listas de espera. Como División seguirán cumpliendo con la función de disponibilizar las camas necesarias, tanto para los programas que se hacen de las listas de espera, de compras, cirugías u otras estrategias, como las que recientemente están poniendo en práctica, que son los "navegadores en red", donde hay tres personas por cada servicio de salud, destinados a monitorear a cada persona que está en la lista de espera.

Explicó que, hasta hace un tiempo, había un vacío en la lista de espera, entre la emisión de la interconsulta y la atención, que podía ser un largo período de más de un año. Añadió que la estrategia consiste en que las tres personas por servicio, que tienen todos los datos, estarán ubicando donde se encuentran las personas, si faltan exámenes por realizar u otro antecedente.

Señaló que hay varios hospitales que se están inaugurando, por ejemplo, el de Villarrica, lo que significa aumento de la disponibilidad de camas o algunos que están renovando su edificio, como el de Curicó, que también contempla un incremento de camas, además de otros que están en programación.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** sostuvo que al hablar del número de camas también se debe diferenciar el tipo de camas. Requirió la información desglosada del número de camas, según su tipo.

El **señor Iván Paul** reiteró que hay camas básicas, intermedias y las camas de UCI y UTI y se comprometió a enviar el desglose del número de camas disponibles, según el tipo, distinguiendo entre el sector público y privado.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** indicó que este sistema es una herramienta para resolver intervenciones quirúrgicas priorizadas. El Ministerio de Salud determinará que intervenciones son las que se incluyen en la canasta.

Requirió mayor calidad sobre el tipo de intervenciones que se proyectan incorporar y como visualizan que esta herramienta funcione en el tiempo, por ejemplo, si se proyecta una disminución de la lista de espera en un determinado porcentaje.

Por su parte, el **Honorable Diputado señor Celis** sostuvo que la mayoría de las personas que están en el FONASA prefieren atenderse en las clínicas. Comentó que el representante de las Clínicas de Chile, señor Fuenzalida, hizo dos observaciones respecto al proyecto de ley. En primer lugar, indicó que no hay claridad suficiente en la propuesta sobre los aranceles, entendiéndolo que deben ser suficientes para cubrir los costos de las canastas de prestaciones que se definan.

La segunda inquietud que realizó el señor Fuenzalida, respecto a las canastas de prestaciones, es si estarán incluidas aquellas prestaciones que actualmente no se encuentran codificadas.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** recordó que el ex Ministro Santelices advirtió que la reducción de deducibles planteado por el Gobierno, podría hacer colapsar más rápidamente el nuevo sistema propuesto. Consultó si han realizado proyecciones respecto a la viabilidad de este seguro, comparando los deducibles del proyecto original con lo propuesto por el Ejecutivo recientemente.

El **Director del FONASA** sostuvo que lo relacionado con el tema arancelario es materia del FONASA. Señaló que la propuesta es un programa que empieza con una priorización de problemas de salud desde Ministerio de Salud. Estos problemas priorizados no son AUGE, pero son importantes para el desempeño y movilidad de las personas, por ejemplo, várices o caderas.

Agregó que FONASA recoge la priorización y genera dos caminos que son equivalentes a la Modalidad de Atención Institucional y a la Modalidad de Libre Elección. En el primer caso (MAI), se actúa respecto a todos los casos que están en lista de espera de los grupos A, B, C y D del FONASA, no solamente a aquellos que tienen derecho a la MLE.

Explicó que las personas del grupo A en lista de espera, podrán ser derivados a un segundo prestador, igual como se realiza con el AUGE. Esta es la novedad, dado que no existía esa posibilidad y ahora tendrán acceso a la MLE, que tendrá una protección financiera adicional, con un deducible y funcionaría como un seguro catastrófico.

Destacó que lo novedoso es el acceso a través de la libre elección a los problemas priorizados. Por cierto, que tiene una restricción presupuestaria y con lo proyectado para este año, se pueden hacer 12.000 egresos aproximadamente.

Explicó que los precios son los que existen actualmente en la MAI, en los hospitales públicos, para resolver la lista de espera. Añadió que los precios de la atención ambulatoria, es el arancel de la MLE. Por su parte, los precios hospitalarios-quirúrgicos, son los del Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD).

Comentó que las clínicas conocen estos precios, dado que han trabajado hace ocho años con el sistema, se determinan en licitaciones y actualmente se separan en tres rangos, según las complejidades de las prestaciones.

Respecto a la consulta sobre nuevos códigos del Fondo, explicó que tienen un proceso anual de incorporación de los códigos, que se realiza luego de una discusión con diferentes organismos, como el Colegio Médico. Informó que, en la discusión presupuestaria de cada año, se van agregando.

Finalmente, señaló que han generado un estudio adicional de códigos, con motivo de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), y consideran incorporar cerca de 30 nuevos, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó al Director del FONASA, como conversa la MCC, que se proyecta que esté operativa para octubre, con este proyecto de seguro adicional.

Requirió saber la forma en la que se acredita la prestación, tanto en el sector público como privado, para que se absorba la lista de espera, particularmente en prestaciones no AUGE.

El **Director del FONASA** respondió que los programas, son diferentes. La MCC es más general, se trata de una categoría equivalente a la MAI e incluso a la MLE, aunque está basada en los mismos principios de la libre elección. Tiene un componente de financiamiento que lo otorgan las personas, contratando una cobertura complementaria, en base a un producto que se diseña, basado en el principio de seguridad social.

Precisó que se ofrece la oferta de aseguramiento para que las personas la financien, pensando en su disponibilidad de pago.

Desde el punto de vista del financiamiento, planteó que la MCC es una reestructuración del financiamiento existente y, en rigor, no tiene nuevos recursos fiscales. Está pensado para aquellos que decidan tener un seguro complementario.

Informó que el nuevo financiamiento da una atención de salud a todo el abanico de atenciones y conjunto de beneficios del FONASA (MAI,

MLE y MCC). La diferencia o brecha que cubriría, es fundamentalmente el acceso a prestaciones hospitalarias en centros privados, porque es donde existen problemas de cobertura financiera en MLE.

Por su parte, el proyecto de ley en discusión, que se denomina Sistema de Acceso Priorizado (SAP), se trata de un programa específico, de problemas priorizados No GES, fundamentalmente quirúrgicos, respondiendo a problemas que están álgidamente demandados en la lista de espera. Se atenderá por derivación hacia segundos prestadores a las personas que no tienen cotización (grupo A), igual como se hace en el AUGE; o bien, en Modalidad de Libre Elección. Tendrán un acceso priorizado, activando la cobertura adicional catastrófica, en base a un deducible.

Respecto a los deducibles, comentó que los parámetros son internacionales, los que señalan que el gasto mayor al 25% del ingreso familiar, en salud, es un gasto catastrófico. Añadió que apuntan a que el deducible sea equivalente a ese umbral, pero se debe analizar con los datos del país y con cada grupo del FONASA.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** señaló que el concepto de libre elección no es tan real cuando el Estado prioriza determinadas prestaciones y se establecen canastas.

El **asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Junyent**, sostuvo que la MLE funciona bajo una lógica más financiera que sanitaria, con convenios que no son del todo eficientes. Las propuestas presentadas por el Ejecutivo, buscan mejorar la MLE, sin impedir que las personas continúen utilizando la MAI o la MCC.

Puntualizó que el objetivo es que las personas que están en MLE, puedan contar con tres alternativas: primero, seguir rigiéndose por la Modalidad de Libre Elección; respecto a determinadas prestaciones sanitarias relevantes (MLE); segundo, pagar un costo a todo evento (SAP) y, tercero, acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria, que se dirige a aquellas personas que pueden disponer de un monto mensual adicional (MCC). Preciso que se amplía el rango de libertad, tanto de prestaciones como de coberturas.

Enseguida, la **Directora Ejecutiva Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo, señora Paula Daza**, señaló que es relevante volver a la génesis del proyecto original que se presentó, cuyo objetivo principal era que la clase media tuviera la posibilidad de resolver sus problemas urgentes de salud, priorizado por criterios sanitarios, a un precio preferencial y con una solución integral.

Explicó que los beneficiarios de los tramos B, C y D, mediante un copago proporcional a su precio familiar, podían elegir al prestador que más le acomoda. Lo relevante, añadió, es que permitía, a su vez, liberar la gran lista de espera. Respecto a las personas sin posibilidad de pagar, del grupo A, sería el Estado el que se haría cargo de ese sector.

Consideró que la esencia del proyecto de ley se pierde, porque la consulta es si las personas van a poder elegir. Si el FONASA es quien determinará, probablemente las personas entrarán en una nueva lista de espera, que no va a tener una garantía de oportunidad, como lo tiene el GES actualmente y, por tanto, no se resolverán las demandas.

Llamó a volver a analizar el proyecto de ley original, sin perjuicio de estimar adecuadas las propuestas de incorporación del sector privado, pero reiteró que, a su juicio, se pierde la esencia del proyecto, que otorga a las personas la opción de elegir resolver su problema sanitario.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó por los grados de libertad de elección de las personas que se está señalando, versus las redes cerradas. También solicitó que se aclare la disponibilidad de recursos para que el sector privado compre listas de espera a precios razonables, de manera de subsanar la demora de los hospitales.

Finalmente, preguntó qué se realizará para aumentar la productividad quirúrgica y de qué manera se tensiona el sistema público para responder a esta nueva modalidad, que absorbe patologías que no son las prioritarias, y que implica otros incentivos para que la gestión de redes esté en sintonía con la demanda que el FONASA generará, a partir de la expectativa de contar con una cobertura nueva de resolución de listas de espera.

El **Director del FONASA** señaló que los deducibles que fueron discutidos en el proyecto de ley original, eran muy superiores a los propuestos por el Ejecutivo en esta oportunidad. Añadió que el proyecto anterior estaba dirigido a la MLE, por tanto, no estaban incorporadas las personas del grupo A que esta propuesta agrega, porque debe haber una equidad en las condiciones de acceso que se ofrecen.

Reiteró que no hay una postulación, sino que una priorización desde el Ministerio de Salud. Preciso que cuando las personas demandan esos problemas de salud priorizados, la fórmula de ingreso al sistema es igual como se hace en la actualidad con la MLE, totalmente opcional, en base a la clínica acreditada que escojan.

Afirmó que tienen un presupuesto restringido, como todo programa o política pública. Hay un presupuesto aprobado por el informe financiero para este año 2024 y una proyección para los próximos años.

Luego, el **señor Iván Paul** indicó que realizan un monitoreo constante de las personas que van ingresando a la lista de espera y de aquellas que egresan, ya sea, porque su problema está solucionado o por otra causa de salida administrativa regulada. Puntualizó que la diferencia entre ingresos y egresos es la lista de espera.

Explicó que prefieren hablar de tiempos de espera, porque la lista de espera es un mecanismo de regulación que existe en todos los países, aunque en Chile esa lista es más larga que el promedio de naciones más desarrolladas.

Añadió que es poco probable que la lista de espera llegue a cero, bajo cualquier política pública. En concreto, afirmó que se ha trabajado en disminuir el tiempo de permanencia en la lista de espera, lo que se ha logrado con diferentes estrategias.

Respecto al uso de pabellones y las sociedades médicas, contestó que es una facultad de los gestores de red, que son los directores de los servicios de salud, en conjunto con los directores de hospitales, que tienen instrumentos legales y administrativos para lograr un eficiente uso de los pabellones.

Sostuvo que el fenómeno que se está viviendo es el de la pandemia, que va disminuyendo, pero no termina aún. Los ingresos van aumentando de manera más rápida que los egresos y se explica porque en el tiempo de pandemia disminuyeron considerablemente las operaciones, por las restricciones propias del fenómeno. La tendencia estadística es a mantenerse en el tiempo, sin embargo, se están poniendo en práctica diferentes estrategias para disminuir la cifra.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó por el volumen y la mediana de espera en consultas médicas en el sector público y por el volumen y tiempos promedio de espera de cirugías No GES.

A su vez, el **Honorable Diputado señor Lilayu** señaló que la lista de espera siempre puede ser manejada, hay protocolos, por ejemplo, que indican que en la tercera oportunidad que se llama a un paciente y no contesta el teléfono, se excluye de la lista. Al respecto, planteó la necesidad de fiscalizar esas situaciones, que no siempre se han realizado correctamente.

El **Honorable Diputado señor Celis** al observar la propuesta del Ejecutivo, expresó que se señalan cuotas anuales, pero el Director del FONASA indica que no hay cuotas y que la idea es que todos puedan entrar en este sistema. Sobre lo anterior, solicitó aclarar la frase "cuotas".

El **señor Iván Paul** afirmó que han perfeccionado el sistema de la lista de espera y cuentan con un sistema computacional mejorado, donde los datos van a un almacén que los asegura, en términos de que sean lo más acertados y actualizados posible. Añadió que son datos confiables y públicos.

Por otra parte, han diseñado un instrumento informático que se llama "visor ciudadano", que tiene varios sistemas de acceso. Los gestores de la red pueden acceder a todo el visor, para saber la lista de espera que tienen en sus hospitales y servicios, además de las especialidades que tienen mayor espera, entre otros detalles.

Lamentó que la lista de espera de especialidades ya se mide en millones y la de cirugías No Ges, se mide en cientos de miles, son más de 300.000 personas.

Informó que los días de mediana, han ido bajando. Se espera que en la medida que los ingresos se incrementan, la mediana baja, porque las personas que llegan refrescan la lista de espera.

Puntualizó que se ha propuesto la meta de llegar el año 2026 a 200 días de espera, en la lista quirúrgica específicamente, por lo mismo, se han desplegado diversas estrategias para tal fin. Actualmente, está cercana a 400 días.

En relación a los hospitales, comentó que apoyan en las negociaciones a los gestores de la red para que puedan realizar esas negociaciones, con el objeto de optimizar el uso de los pabellones, lo cual ha dado resultados en varios servicios de salud.

A continuación, la **Honorable Senadora señora Órdenes** indicó que la lista de espera en el Servicio de Salud de Aysén, era de 3.461, en julio del 2023 y la mediana, era de 133 días y ahora la cifra cambia a 4.224 y la mediana a 209 días. Sostuvo que debería existir una estrategia para abordar una cifra de esa magnitud, sobre todo en una región pequeña.

El **señor Iván Paul** informó que el plan para enfrentar las listas de espera existe. Preciso que actualmente hay una nueva versión, elaborada por la División que dirige, que está en proceso del visto bueno del Subsecretario de Redes Asistenciales, la cual consiste en un plan que contiene diferentes medidas para abordar integralmente el problema de lista de espera.

Indicó que se debe poner énfasis en los pacientes más antiguos o medianamente antiguos, a su vez, se debe estrechar la estrategia de contactabilidad.

El **Director Nacional del FONASA, señor Camilo Cid**, aclaró el programa que se propone en el proyecto de ley en estudio, que se denomina Sistema de Acceso Priorizado (SAP). Puntualizó que una de las disposiciones señala que, al menos, el 50% de las prestaciones que se realicen bajo este programa, provengan de la lista de espera. Añadió que la otra mitad corresponde a Modalidad de Libre Elección (MLE).

El **Honorable Diputado señor Celis** preguntó si el paciente tiene la facultad de elegir libremente al prestador o lo elige el FONASA.

El **Director Nacional del FONASA** sostuvo que el paciente que opta por la MLE puede elegir el prestador, al igual que lo hace actualmente. Como hay una parte que está dirigido a la MAI, funciona como el AUGE, por derivación al segundo prestador.

El **Honorable Senador señor Castro González** advirtió que hay pacientes en la lista de espera, derivados por un médico del sistema público que ofrece la alternativa de un prestador privado para tratarlo de manera rápida o lo derivan a una operación utilizando pabellones de la tarde, a través del sistema de compra de servicios y aceleran la solución. Se debe tener cuidado con estas situaciones, que son más frecuentes de lo que se piensa.

Enseguida, e **Director del FONASA, señor Camilo Cid** informó el contenido de las nuevas propuestas presentadas por el Ejecutivo, que sustituye la anterior.

Explicó que el Sistema de Acceso Priorizado (SAP) consiste en priorizar, sobre las listas de espera, la utilización de recursos excepcionales, utilizando la Modalidad de Libre Elección (MLD), que era el espíritu original del proyecto de ley.

En base a una priorización sanitaria de un grupo de problemas de salud, que hará el Ministerio de Salud, se da la posibilidad de acceso financiado por el FONASA, por las dos vías: Modalidad de Atención Institucional (MAI), para las personas que no tienen acceso a la MLE, que están en una lista de espera y que tienen aquellos problemas priorizados por el Ministerio de Salud.

En tales casos, se realiza una derivación al sector con capacidad de resolución, que eventualmente sería el sector privado y actuaría de manera similar al segundo prestador en el AUGE. El único requisito, será que esté en la lista de espera y dentro de los problemas priorizados.

La otra mitad de los recursos disponibles, es para que el FONASA financie, a través de la forma de subvención que habitualmente realiza en MLE, el acceso de personas que se encuentran con las patologías priorizadas, con un deducible, es decir, con un tope de gasto diferenciado según el tramo de ingreso: grupo B, C o D.

Detalló que el tope de gasto para el grupo B, es de 1,5 ingresos mínimos, el C, 2 ingresos mínimos y el grupo D, 3 ingresos mínimos.

Manifestó que en la lista de espera hay una distribución entre los grupos para que puedan acceder equitativamente, priorizando al grupo A, pero también a los B, C y D, a través de la MAI, es decir, sin copago. Eso hace la gran diferencia.

Respecto a la propuesta acerca de los medicamentos de alto costo, señaló que la ley establece que se cubrirán los medicamentos hospitalarios, eso hace referencia a los que se usan en los tratamientos habituales, en las intervenciones quirúrgicas.

A continuación, hizo referencia a otra observación que se refería al informe sanitario y aclaró que el Ministerio de Salud es quien dirige los estudios de priorización sanitaria y el FONASA se adecua a esos procedimientos.

El **Honorable Senado señor Castro González** consultó por el escenario actual en lista de espera No GES, que es el de mayor tiempo de espera y en volumen de pacientes. Requirió saber la cantidad de personas en esa lista de espera.

En segundo lugar, preguntó de qué modo este proyecto de ley va a incidir en la disminución de la lista de espera y en qué cuantía.

Por otra parte, consultó por el modo en que se hará la compra, porque entiende que una parte minoritaria será pública y habría una compra privada que es relevante aclarar en su magnitud.

El **Honorable Senado señor Chahuán** señaló que se debe resolver la lista de espera, con la sinergia público-privada ya experimentada en pandemia, en esa línea, consultó cómo piensan enfrentar aquello. En segundo lugar, preguntó por el presupuesto destinado a poner en práctica la ley.

El **Director del FONASA**, sobre las cifras actualizadas, señaló que son cerca de 300.000 intervenciones quirúrgicas, con cerca de 2 millones de consultas de especialidad, en espera.

Sobre la cuantía del segundo prestador GES, son cerca de 70.000. Mencionó que, dentro de las medidas para remediar el problema de listas de espera, se encuentra el proyecto de Centro de Referencia Regional (CRR), que ha solucionado gran parte de las intervenciones realizadas el año 2023 y el 2025.

Por otra parte, aclaró que FONASA tiene presupuesto para la compra a privados. Comentó que en este momento hay una licitación GES y No GES, cuya adjudicación está en la Contraloría General de la República. Añadió que se recibieron más de 70 ofertas y que se trata de una licitación por más de 200.000 millones de pesos, porque incluye 3 años de derivación al sector privado. Puntualizó que, actualmente, son cerca de 21.000 millones de pesos, en lo que resta del año, destinados para solucionar listas de espera.

Agregó que este año contaron con 135.000 millones de pesos de expansión presupuestaria, aprobada en la Ley de Presupuestos, para estos fines y se han ido ejecutando en forma regular. Recordó que el año 2023, se gastaron cerca de 500.000 millones de pesos en compra directa a privados y una buena parte de eso fue para solucionar listas de espera.

La mitad de ello es para diálisis, otra parte importante es por ley de urgencias y lo demás, son programas de compra directa por segundo prestador, por camas críticas, GRD, que son temas que apuntan a reducir los tiempos de espera.

Enseguida, el **Honorable Senado señor Castro González** consultó como se complementa este proyecto de ley con el anuncio entregado por el Presidente de la República en la Cuenta Pública, sobre las cifras de absorción de listas de espera, sin especificar a qué correspondía, GES, No GES, AUGE.

También, el **Honorable Diputado señor Lilayu** consultó si está explícito en las indicaciones que la mitad de los recursos están destinados a la MLE.

El **Honorable Diputado señor Rosas, a su vez**, manifestó una duda relacionada con el planteamiento que realizó el Senador Castro González, donde no se detalló si la mayoría de las patologías son de cirugía mayor, ambulatoria, el tipo de cama de salida de las cirugías, cama simple o de UCI y si se va a utilizar el precio justo como GRD.

El **Director del FONASA** señaló que está disponible para contestar las preguntas en una sesión especial para ello, dado que no ha venido preparado para entregar el detalle de los datos solicitados.

Manifestó que el Presidente de la Republica en lo planteado por el Senador Castro González, no hace referencia a los recursos de este proyecto de ley.

Aclaró que la referencia realizada a las 8.000 prestaciones, están en el presupuesto de este año (sobre licitación FONASA), con el presupuesto asignado para el 2024, que son 30.000 millones de pesos. Añadió que están estimadas intervenciones complejas y caras.

Indicó que existe una estimación de 13.000 millones de pesos para prestaciones quirúrgicas traumatológicas, que se plantea en el discurso, que también son del presupuesto del FONASA.

Sobre la consulta de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y el financiamiento que consultó el Diputado Lilayu, respondió que efectivamente en el proyecto de ley se plantea expresamente y así ha sido la voluntad de la propuesta técnica, de dividir: 50% en MLE y 50% en MAI. Añadió que está redactado con cierta flexibilidad porque dice "hasta 50%", ya que puede haber excedente de recursos, los cuales se pueden reasignar.

Respecto al mecanismo de pago, precisó que se ha realizado una propuesta de progreso, en el sentido de que va a ser por GRD, es decir, por resultado sanitario de distintas intervenciones para solucionar un problema de salud. Añadió que, en eso, tienen experiencia con las clínicas privadas, a través del uso de un precio base que se ajusta por complejidad de la atención, el cual se usaría en el mecanismo.

Por su parte, el **Honorable Diputado señor Rosas** reiteró la consulta de la forma de hacer efectiva la cantidad de prestaciones en relación al presupuesto asignado. Indicó que existe el criterio de priorización respecto a la complejidad de las cirugías que están en lista de espera, entendiendo que las cirugías de listas de espera que son ambulatorias o que tienen camas más simples de salida de pabellón, pueden ser mayores en volumen, con la misma cantidad de recursos. En cambio, cirugías más complejas, que requieren camas UCI o con camas más complejas de salida, en general, va a rendir menos en cuanto al número de prestaciones que van a salir de la lista de espera.

Consideró que el criterio de priorización sobre las patologías que ingresarán a este programa, es importante.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** observó que en la redacción solo se garantiza la mitad de recursos para la MAI, pero no se garantiza un mínimo para la MLE en la redacción.

El **Director del FONASA** señaló que se establece la dictación de un reglamento para precisar los aspectos técnicos. Añadió que la lista de espera en la MAI, actúa como una fila única, las personas ingresan de acuerdo a la priorización, que se debe precisar en el reglamento, pero básicamente son los mismos criterios utilizados hoy respecto a las personas que están siendo atendidas en el sistema público.

Precisó que en la MLE no hay más que la libre demanda de las personas, no hay cupos ni cuotas, en el sentido que basta que las personas acudan a una clínica y tengan el problema de salud priorizado para acceder a las prestaciones que están en el programa.

Respecto a la redacción, manifestó que el espíritu y la intención técnica es que los recursos sean distribuidos 50% para la MLE y 50% para la MAI. Observó que puede haber una interpretación diferente, por tanto, están abiertos a una propuesta que lo pueda expresar de manera más clara.

En la siguiente sesión, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, dio cuenta del ingreso de nuevas [propuestas, contenidas en el oficio N° 151-372](#), de fecha 23 de julio de 2024, retirando asimismo, las propuestas presentadas anteriormente.

Comentó que estas propuestas son parte de la agenda de transformaciones, que se inicia en el Gobierno del Presidente Boric con el copago cero, que es parte de la agenda que fortalece el sistema público, donde ya hay 21 comunas que se han incorporado a la atención primaria universal. Parte de la agenda también incluye la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), aprobada recientemente.

Sin embargo, prosiguió, tienen conciencia de que la prioridad del sector son los tiempos de espera y que, por tanto, es importante que las personas sean atendidas en un lapso razonable. Al respecto, indicó que, si bien se ha logrado reducir los tiempos desde el momento de la pandemia, ha existido un ligero aumento de los tiempos, por lo que iniciativas como esta ayudarán a retomar el dinamismo.

Afirmó que este proyecto de ley, ayuda a tener una gestión más adecuada en las listas de espera, con un Sistema de Acceso Priorizado a intervenciones sanitarias, priorizadas por el Ministerio de Salud, en el contexto de aquellos problemas de salud de alta complejidad, de tipo quirúrgico y que están abultando las listas de espera, de manera de generar un sistema priorizado de atención, tanto en la Modalidad de Libre Elección, para las personas del FONASA que tienen acceso a la MLE, como aquellas personas del Fondo que no son cotizantes y que se atienden a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI).

El **Director del FONASA, señor Camilo Cid** compartió una [presentación](#), mediante la cual explicó las nuevas propuestas ingresadas por el Ejecutivo.

Recordó que es un proyecto de ley que originalmente buscaba mejorar la cobertura financiera en la Modalidad de Libre Elección, principalmente, en el ámbito quirúrgico, con una fórmula similar a un seguro catastrófico, que operaba mediante un deducible y un máximo de gasto anual. Añadió que era aplicable para beneficiarios cotizantes del FONASA y sus cargas, es decir, los grupos B, C y D, y que también se había estimado un programa espejo que permitiera que también los no cotizantes, es decir, grupo A, accedieran al seguro y para eso se replicaba las prestaciones otorgadas en el tramo B, para que estuvieran disponibles en cantidad y recursos en el tramo A.

Comentó que los principios que se recogieron y que se establecieron en el proyecto actual y en las propuestas presentadas son, como primer punto, gestionar de forma eficiente los tiempos de espera por medio del otorgamiento por el Fondo, de un acceso priorizado con protección financiera para determinadas intervenciones. Todos los beneficiarios del FONASA tendrán la posibilidad de acceder al Sistema de Atención Priorizado (SAP), tanto en la MAI como en la MLE, diferenciados en cuanto a su naturaleza.

Explicó que, por su parte, las intervenciones que se otorgarán en el SAP, tendrán una realización que considere todos los elementos que se requieran para la misma, ya que son prestaciones con soluciones integrales, que considera todos los elementos para resolver el problema, como medicamentos, insumos, honorarios médicos, prótesis, atenciones post hospitalarias, complicaciones post operatorias. Añadió que el Fondo debe establecer contratos respecto a sus proveedores de MLE, para que estén en una red específica para este objetivo y debe haber una manifestación de interés plasmado en un convenio.

Agregó que se consideró para reformular el proyecto de ley el que hubiera un listado de intervenciones prioritarias y tratamientos a financiar. Al respecto, se propone que ese listado sea un conjunto de intervenciones sanitarias que están en lista de espera. Por ello, prosiguió, esta iniciativa se ha transformado en un programa que apunta fundamentalmente a administrar mejor los recursos para resolver la espera, utilizando criterios sanitarios para determinar el listado.

Informó que cada año se priorizará para el año siguiente, un listado de problemas de salud y se incorporará la MAI y la MLE con sistemas de pago que resuelvan y apunten a los resultados, en concreto Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en la MAI y paquetizaciones o prestaciones agrupadas al estilo del Programa Asociado al Diagnóstico (PAG) en la MLE.

Un segundo elemento, expresó, es que el beneficio sea accesible para todos los beneficiarios del FONASA, para ello se garantiza que la mitad del presupuesto para resolver las listas de espera podrá estar disponible

para la MAI y la otra mitad, para resolver los problemas en la MLE. Añadió que en la MLE habrá un deducible de acuerdo a los grupos de ingreso del FONASA.

Destacó que los elementos más específicos son que habrá un decreto anual del Ministerio de Salud, con listados de intervenciones MAI y MLE. Contendrá los listados de intervención priorizadas a otorgarse en la MAI y MLE, según los criterios establecido en la norma, tales como problemas de salud no garantizados y tiempos de espera, entre otros. Añadió que el decreto deberá fundarse en un estudio coordinado y elaborado previamente por el Ministerio, en el cual, de acuerdo a las funciones respectivas, participarán la Subsecretaría de Salud Pública, la de Redes Asistenciales y el FONASA.

Añadió que a través del decreto se distribuirá en forma equitativa el presupuesto que se determine para el año y tendrá una vigencia anual para el año calendario siguiente.

Respecto al sistema de atención priorizada, señaló que en la MAI podrán acceder todas las personas que estén en listas de espera. Aclaró que esto es importante porque en la MLE no necesariamente es así, si bien responde al mismo problema de salud priorizado, por la forma de operación de la MLE, no requiere que la persona esté en la lista de espera, lo que si requiere es que el beneficiario esté disponible para funcionar en base al deducible que se le va a otorgar y a cubrir el copago respectivo.

A continuación, explicó de manera general las propuestas presentadas. La primera, crea el sistema de acceso priorizado (SAP), que tiene por objeto la gestión eficiente de los tiempos de espera, la cual consiste en el otorgamiento por parte del FONASA de un acceso priorizado y protección financiera, para la realización de intervenciones sanitarias que han sido priorizadas previamente por el Ministerio.

Explicó que el Fondo está sujeto a una restricción presupuestaria y en base a ella, celebrará convenios con los prestadores privados, actualmente vigentes en la MLE, que tengan capacidad de otorgar estas prestaciones priorizadas.

Recordó que la forma que opera el SAP es diferente entre la MAI y la MLE, porque son modalidades distintas, básicamente en la MAI, es necesario estar en lista de espera y ser derivado, en cambio, en la MLE se accede de manera espontánea a voluntad de las personas.

La segunda, propuesta plantea que el Ministerio de Salud, mediante el decreto anual, determinará el listado de intervenciones, para la MAI y para la MLE, que se otorgará mediante el SAP para el año calendario siguiente.

Precisó que no se podrán priorizar intervenciones contenidas en GES o en la Ley Ricarte Soto, dado que pertenecen a otros elementos de configuración de beneficios del sistema y están resueltas allí.

El decreto además contendrá el presupuesto anual máximo a ejecutar por medio del SAP y lo distribuirá en partes iguales entre la MAI y la MLE. A su vez, se garantiza a todos los beneficiarios del FONASA (A, B, C y D) el acceso al sistema, teniendo como única limitación la disponibilidad presupuestaria que establezca el decreto.

Por su parte, prosiguió, se plantea que toda persona que requiera una de las intervenciones sanitarias priorizadas y que se encuentren en lista de espera, podrá acceder al SAP en la Modalidad de Atención Institucional. Añadió que FONASA los ingresará al SAP de oficio, derivándolas a uno de los prestadores en convenio, que serán los prestadores MLE con capacidad para resolver los problemas priorizados. Los convenios establecerán plazos para el inicio de la intervención sanitaria y contendrán sanciones en caso de incumplimiento de dichos plazos.

Expresó que el decreto de priorización contendrá los criterios de acceso y designación de las personas que se encuentren en lista de espera, que deberá observar el FONASA.

Precisó que se señala que las personas de Modalidad de Libre Elección (MLE), que requieran una intervención sanitaria priorizada, podrán acceder al SAP, por medio del pago del deducible, no hay una derivación o administración de las personas previamente, sino que se accede libremente al prestador que elijan y que esté en convenio. Puntualizó que se replican las reglas generales en materia de supervisión de la Superintendencia de Salud para el SAP.

Sostuvo que el FONASA debe dictar una resolución exenta, previa visación del Ministerio de Hacienda, a través de la DIPRES, que contendrá las directrices operativas para las personas beneficiarias que puedan acceder al sistema.

A su turno, la **señora Ministra de Salud** insistió que el espíritu de la propuesta recoge la idea de protección financiera que tenía el proyecto de ley original, pero que en la propuesta que se elaboró y trabajó en conjunto con los parlamentarios, se logra complementar y orientar la MLE con un sentido sanitario y a la vez, dar cuenta de la lista de espera, ya sea evitando que ingresen a la lista de espera para patologías que son de alto costo y cuyo copago también lo es o bien, saliendo de la lista de espera, para personas que ya están en ella.

El **Honorable Senador señor Castro González** puntualizó que es conveniente tener una idea general de las patologías quirúrgicas No GES, que actualmente tienen una mayor carga de tiempo de espera y de volumen de pacientes.

Consultó el rol que van a tener las sociedades médicas que operan dentro de los hospitales en horario vespertino, en la prestación.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** observó que el Ministerio de Hacienda por propuesta del FONASA podrá redistribuir el presupuesto anual de este nuevo sistema por decreto, por ello consultó si Hacienda tendrá

límites respecto a la forma en la que podrá distribuir el presupuesto, porque puede ocurrir que el Fondo recomiende distribuir a un objetivo, pero el Ministerio de Hacienda puede priorizar de manera antojadiza los recursos en favor de MLE o MAI. A su vez, solicitó aclarar si puede haber listas de intervenciones priorizadas distintas para el MAI y para la MLE.

La **señora Ministra de Salud** respondió que han realizado un trabajo intenso en el Ministerio para mejorar los sistemas de información de las listas de espera. En ese sentido, destacó que un paso importante fue la aprobación del proyecto de ley de interoperabilidad de fichas clínicas.

Indicó que tienen disponibles visores de lista de espera, que se actualiza una vez al mes, donde se puede ver en cualquier momento cuales son las patologías con mayor número de personas, por ejemplo, de intervenciones quirúrgicas y cuales son las que tienen los tiempos más prolongados. Indicó que eso será la base del estudio que realizará el Ministerio.

Para tener una idea de los tipos de patologías, a modo de ejemplo, mencionó las cirugías de cadera, que requieren prótesis y que son de alto costo, las cuales tendrían un copago bastante mayor de los deducibles, incluso que el de los rangos más altos. Destacó que son ese tipo de cirugías las elegibles para la MLE, siempre que al momento del decreto mantengan una cantidad importante de personas esperando y un tiempo prolongado. Recordó que el recambio de cadera tiene garantía explícita de salud, pero solo cubre a partir de cierta edad.

Indicó que se contempla una proporción del dinero que va a MAI y otro a MLE, lo que se debe cautelar. Por su parte, la atención de las patologías no será a través de las sociedades médicas, sino que a través de los establecimientos que tienen convenios con el FONASA, a través de la MLE, esos son los que van a generar las atenciones para el sistema de atención priorizada.

El **Director del FONASA** añadió que los prestadores de la MAI también serán derivados a licitaciones que estén vigentes del FONASA. Aclaró que son instituciones, clínicas principalmente, por tanto, no se va a dar la figura de sociedades médicas.

Agregó que la ley establece que el presupuesto es fijo, tiene una restricción anual -está dividida-, la mitad es para resolver problemas de MLE y la otra mitad para resolver problemas MAI, aun cuando se permite la reasignación si es que sobran recursos por alguna razón, pero siempre bajo el análisis y aprobación de DIPRES.

Recordó que, respecto a la licitación, el proyecto de ley tiene dos líneas de trabajo: la MLE y la MAI. En la MLE, el FONASA tiene convenios vigentes con los prestadores, por lo que no son necesarias las licitaciones y en la MAI, también tienen licitaciones vigentes, en cuyo caso, los problemas que se prioricen podrían entrar dentro de ellas.

No obstante, en caso de ser necesario, expresó que la MAI contempla la posibilidad de licitar para dar prestaciones que actualmente están en programas, como camas críticas GRD, a través de la Unidad de Derivación, que funciona con ese mecanismo o las diálisis, que también son atención institucional, pero que están derivadas a privados, a través de licitaciones. En resumen, prosiguió, en la MLE no es necesario y en la MAI, ya existe la facultad.

Luego, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó si el FONASA va a tener control de los prestadores, para que no exista sobreuso de las prestaciones, sin una justificación sanitaria.

Observó que existirá un FONASA con cuatro modos de relacionarse con los prestadores: MAI, MLE, MCC y SAP, para lo que debe tener una coherencia.

Manifestó, a continuación, una duda respecto a que una persona, de los grupos C o D de FONASA, reúna 1 millón de pesos de deducible para entrar a la tómbola, pero el que llega a la MAI, no va a tener ese problema.

El **Director del FONASA** respondió que el control de los prestadores, ocurre a través de las modalidades, porque la MAI es atendida por entes privados, porque se deriva a personas que están en la fila única de espera. Añadió que es administrado en precios y costos estipulados por licitaciones y precios del FONASA. Hay un control, por tanto, de la cantidad y de los costos del precio, porque está en función de precios públicos.

En la MLE, continuó, es más complejo ya que opera de otra manera. Si una persona tiene una hernia y está en la priorización, elige el prestador, el cual debe estar en convenio con el FONASA, por tanto, tiene los precios del Fondo. Añadió que la cantidad se mueve de manera más libre, porque es una demanda espontánea, sin perjuicio de ello, el costo está controlado.

En cuanto a las modalidades, planteó que la MCC, recientemente aprobada, permite mayor protección financiera a las personas a través de un sistema de prepago.

Explicó que el SAP es un programa que se desenvuelve en las dos modalidades: MAI y MLE, pero no es una modalidad nueva. El SAP es un programa con presupuesto acotado, que se va a desarrollar en función de resolver listas de espera.

Finalmente, sobre el gasto de bolsillo, indicó que van a cumplir dos años de gratuidad en el sistema público de copago cero, con gran impacto, pero efectivamente, siguen existiendo los copagos en la MLE. En la medida que no puedan reconocer precios de privados que no representan los precios públicos, va a existir copago.

El **Honorable Senador señor Castro González** sostuvo que, si el modo de navegación del programa SAP va a ser la MLE, esa modalidad no

tiene control de gasto con criterio sanitario y todo gira en torno al gasto de bolsillo que será el copago que realizan las personas.

El **Director del FONASA** contestó que en el caso de la MAI todas las licitaciones con privados (excepto las diálisis), son con GRD, por lo cual, la inclusión de esos problemas ingresarían a las licitaciones existentes y serían financiadas por GRD a los privados, están paquetizadas, a un precio fijo, con un conjunto de servicios que solucionan un problema de manera integral.

Agregó que en la MLE es más complejo, donde deberán diseñar esos mecanismos para los problemas priorizados y la idea es desarrollar paquetes, estilo Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), que tienen un copago conocido y un conjunto de servicios que dan solución a un problema. En este sistema, los prestadores saben que no van a recibir más dinero si usan prestaciones adicionales, porque eso está pactado en un costo fijo.

El **Honorable Senador señor Chahuán** planteó la idea de explorar alguna fórmula como la realizada en la emergencia del Covid-19, con integración público-privada que permita resolver determinadas patologías.

El **Director del FONASA** señaló que se trata de un problema más estructural, que comienza a ser abordado en esta y otras iniciativas, pero la buena noticia sobre el problema es que hay una centralización de la compra en el FONASA para estos problemas de salud priorizados, con la modalidad y presupuesto aprobado para la MAI y MLE, Añadió que es el Fondo el que comanda la compra, pero esto no impide que los hospitales y servicios siempre tienen la potestad de comprar directamente.

Añadió que más allá de los acuerdos de gestión que el Fondo y la Subsecretaría de Redes firman todos los años con los hospitales, se monitorean indicadores de gestión y de productividad, que son publicados en la página web del Fondo. En tal sentido, consideró relevante seguir profundizando en los GRD, ya no vistos como precio, sino como modelo, porque en la medida que los hospitales los comprenden e internalizan, entienden que están siendo sometidos cada año a una especie de competencia entre un hospital y otro.

El **Honorable Senador señor Chahuán** consultó como hacer más evidente el incentivo a los hospitales para ser más productivos.

El **Honorable Senador señor Castro González** comentó que, si hay escasez en la prestación AUGE, que tiene más de 20 años, y si el mecanismo financiero de incentivo hospitalario está puesto en la prestación valorada, no en la institucional, consultó como evitar caer en las distorsiones AUGE que ya existen por problemas con los prestadores médicos en los hospitales.

También preguntó al Ejecutivo si tiene pensado un sistema de estímulos para la productividad, porque, en su opinión, ese es el punto débil del sistema público de salud.

El **señor Jaime Junyent** recordó que la señora Ministra de Salud se refirió a la forma en la que se está gestionando la productividad. Explicó que el Plan Nacional tiene tres líneas: aumentar la producción, mejorar la resolutivez y la transparencia de la información.

Sobre el aumento de la productividad, hay sub líneas: la recuperación de los pabellones, los CRR, la extensión horaria de atención, las compras de servicios, inversiones y hospital digital, entre otros.

Sin perjuicio que se pueden entregar mayores antecedentes, sostuvo que hay una hoja de ruta para evitar incentivos perversos que se puedan producir sobre esta materia.

Añadió que el proyecto de ley en discusión es acotado, sobre un tema específico, que no establece garantías y es complejo aplicar normas que son propias de la [ley N° 19.966](#), tampoco se refiere a problemas o condiciones de salud de alto costo, por tanto, tampoco corresponde aplicar normas de la ley Ricarte Soto, [ley N° 20.850](#). Agregó que no se refiere a modalidades de adquisición y si se quiere modificar la [ley N° 19.886](#), se requiere la opinión del Ministerio de Hacienda, que se relaciona con la Dirección de Compras y Contratación Pública, que tiene a su cargo la Ley de Compras. Por otro lado, tampoco busca modificar alternativas de pago.

Aclaró que el proyecto de ley establece, dentro de la Modalidad de Libre Elección, un Sistema de Atención Priorizada para ciertos problemas de salud respecto a los cuales, estiman que se puede hacer más expedito.

La **señora Ministra de Salud** recordó que como Ejecutivo han tenido la mejor voluntad para que este proyecto de ley subsista y se ha presentado una propuesta que rescata las ideas de un proyecto de ley que fue presentada en el Gobierno anterior. Añadió que el objetivo es llegar a un consenso sobre una herramienta que contribuye a un uso de la Modalidad de Libre Elección más virtuosa e impactar en las patologías que generan mayor lista de espera, de manera que las personas tengan la posibilidad de resolver esos problemas de una forma más expedita.

A su vez, señaló que se genera el espejo en la Modalidad de Atención Institucional, para quienes no tienen acceso a la MLE, y en rebajar los deducibles, entre otras mejoras que se han realizado.

Aclaró que las propuestas se orientan a la simplicidad del mecanismo que se propone, para hacerlo más práctico y flexible, permitiendo que todos los años se defina un listado, con criterios de priorización que no recogen las herramientas que actualmente existen.

Comentó que la herramienta GES, que se generó hace 20 años, tiene criterios de priorización como la gran carga de enfermedad, el costo efectividad, la capacidad instalada, los estudios de oferta. Añadió que ha sido un aporte al sistema de salud, pues permitió transformar un sistema que da respuesta a las patologías que produce la mayor carga de enfermedad y

ciertamente, está el problema de las listas de espera, pero se ha logrado avanzar en la atención de salud.

Luego, explicó que se generó la Ley Ricarte Soto, que apunta a los temas de enfermedades de alto costo, teniendo un foco en las enfermedades poco frecuentes; drogas de alto costo; la Ley Nacional del Cáncer; el proyecto de Ley de Salud Mental, entre otros.

Subrayó que no cuentan con un instrumento que ayude a las enfermedades que no necesariamente producen una gran cantidad de muertes, pero si generan una lista de espera como las cirugías traumatológicas, para las cuales no sirven los otros instrumentos que existen.

Precisó que son patologías que no necesariamente representan una alta carga de enfermedad o discapacidad, pero si producen dolor y afectan la calidad de vida. Comentó que las personas se verían beneficiadas al dar facilidad en el uso del prestador privado, pero de una forma virtuosa, con una posibilidad de acceso rápido a la capacidad que tiene el sector privado de prestación de servicios.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Chahuán** consultó si han pensado en la determinación de las patologías que se podrán resolver en virtud de la MLE con los prestadores privados. Preguntó si están presentes los criterios de incidencia, de mortalidad, de incapacidad asociada, contribución de la calidad de vida, efectividad, gasto de bolsillo, u otros.

Sobre la capacidad del sector privado señaló que continuamente están haciendo uso de ella, pero se debe contar con recursos para poder utilizarla.

La **señora Ministra de Salud**, respondió a los criterios de priorización, reiteró que para GES se utilizan los mencionados por el Senador Chahuán, que dicen relación con abordar los principales problemas que producen carga de enfermedad.

Manifestó que, en el proyecto de ley en discusión, les interesa que exista un estudio donde se evalúen las listas de espera, pero debe ser para intervenciones que tengan una eficacia demostrada en la resolución del problema. No es que se vaya a hacer cualquier técnica quirúrgica.

Agregó que una de las listas de espera importante son las cirugías de cadera en las personas que no están dentro de GES. Para ese tipo de cirugías de alto costo y que el copago, a través de la MLE es muy alto, se propone una protección financiera adicional a patologías que tienen alta lista de espera y que tienen una intervención con eficacia demostrada.

Aclaró que, si empiezan por las causas de mortalidad, contemplarían la cirrosis, la demencia, el accidente cerebro vascular (que ya tiene garantía), el infarto agudo del miocardio, además del cáncer.

Si se habla de alta incidencia, prosiguió, están las enfermedades como las respiratorias agudas. Si se enfoca en la alta prevalencia, como la

hipertensión arterial, la diabetes o depresión y ninguno de esos criterios lo cumplen las primeras causas de listas de espera quirúrgicas de alto costo, que es lo que se intenta abordar con este proyecto de ley.

El **Director del FONASA** manifestó que el objetivo es cerrar brechas del dispositivo público.

Respecto a las licitaciones, informó que en el caso de GES, la licitación anterior terminaba el 30 de junio, por tanto, continúa con licitación abierta para los casos del segundo prestador y derivación, en el caso No GES, empieza en julio.

Informó que la licitación completa comprende 219 mil millones de pesos, repartidos en tres años. Este año son 70 mil millones, por ello, hasta fin de año, no hay problema con este presupuesto, solo hay que ejecutarlo.

Añadió que aun cuando empezaron en julio, de los casos No GES ya tienen 8.300 derivados, registrando cerca de 150 casos diarios derivados. Indicó que los casos GES, continúan con velocidad, contabilizando cerca de 23.000 derivaciones en todo el año y esperan llegar a 32.000 derivaciones a fin de año.

El **Honorable Senador señor Chahuán** planteó que, con este proyecto de ley, se le entrega al Estado una herramienta para administrar mejor la lista de espera.

Consultó si la DIPRES hace el análisis desde el punto de vista financiero, porque claramente conviene operar a las personas prontamente, reestablecer su capacidad de trabajo, de ingreso y dar mejor calidad de vida.

El **Honorable Senador señor Castro González** requirió precisar sobre la estimación de la prestación, en cuanto al porcentaje de la MAI y la MLE de las listas de espera No GES.

Por otro lado, solicitó se ahonde en las patologías posibles de resolver, en términos de las cuantificaciones que hace el Ministerio de Salud, por ejemplo, las várices, hernias abdominales, vesículas fuera de GES, de columnas, entre otras. Preguntó cuáles son los grandes grupos quirúrgicos estimados a resolver.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** consultó por qué no se acoge la posibilidad de incorporar métodos de pago más eficiente en las licitaciones como los GRD. Así como la posibilidad de que las Isapres lleguen a acuerdo con los prestadores de manera de tener métodos de pago más eficientes y apuntar a soluciones de salud integrales.

El **Honorable Senador señor Macaya** consultó por la disposición del Ejecutivo de acoger algunas de las propuestas que han sido presentadas por los Parlamentarios, como las de transparencia y la relacionada con compras públicas.

El **Director del FONASA** informó que el planteamiento es que el 50% del presupuesto sea dedicado a la MLE y 50% dedicado a la MAI, como un espejo, sin embargo, indicó que también se incorporan algunas propuestas respecto de posibles asignaciones si alguno queda desnivelado o no se gasta el presupuesto completamente.

Señaló que el último mes del año se hace el informe para presentar el decreto y en el mes de diciembre debe estar clara la proyección junto con la priorización sanitaria. En el estudio está involucrado el Ministerio de Salud, las dos Subsecretarías y el FONASA.

- - -

Se hace presente que, durante la discusión del proyecto de ley, el Ejecutivo presentó cuatro oficios con propuestas destinadas a resolver las divergencias surgidas entre ambas Cámaras:

- 1.- [oficio N° 322-371](#), de fecha 29 de enero del 2024, con [informe financiero](#).
- 2.- [oficio N° 151-372](#), de fecha 23 de julio del 2024, que retira la anterior y propone forma y modo de resolver las divergencias, con [informe financiero](#).
- 3.- [oficio N° 201-372](#), de 11 de septiembre del 2024, con [informe financiero](#), y
- 4.- [oficio N° 226-372](#), de 11 de octubre del 2024, con [informe financiero](#).

Por su parte, se deja constancia que, en sesión de fecha 7 de agosto de 2024, la Comisión recibió a expertos para conocer su opinión respecto a las propuestas que el Ejecutivo había presentado a la fecha<sup>3</sup>.

- - -

A continuación, se detallan las propuestas que se sometieron a votación y los acuerdos adoptados a su respecto.

### **Título del proyecto de ley**

El título de origen, del proyecto de ley es el siguiente:

“QUE CREA EL SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO, A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA ESPECIAL, EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA”.

La **propuesta N° 1, de S.E. el Presidente de la República**, reemplaza el título del proyecto de ley, sustituyendo la frase “SEGURO DE SALUD CATASTRÓFICO A TRAVÉS DE UNA COBERTURA FINANCIERA

---

<sup>3</sup> Ver Anexo. [Pág 85](#).

ESPECIAL EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE LIBRE ELECCIÓN DE FONASA” por “SISTEMA DE ACCESO PRIORIZADO A DETERMINADAS INTERVENCIONES SANITARIAS”.

- La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas, aprobó la propuesta N° 1. (9x0)

La propuesta N° 1-A, del Honorable Diputado señor Lagomarsino y del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora en el nuevo título del proyecto de ley, propuesto por el Ejecutivo, a continuación de la palabra “sanitarias”, la palabra “quirúrgicas”.

El Honorable Diputado señor Lagomarsino manifestó que queda más claro el escenario, luego de observar en el llamado proyecto de Ley Corta de Isapres, Boletín N° 15.896-11, la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Recordó que el Ejecutivo ingresó a dicho proyecto de ley un seguro de salud catastrófico más consistente, que entraría en vigor a partir del tercer año de publicada la ley.

Consideró que, al establecer un seguro de salud catastrófico en la MCC, se hace inconducente tener un seguro de salud catastrófico en el proyecto de ley en estudio. Desde esa perspectiva, se entiende el cambio de giro del proyecto de ley, para mejorar la articulación dentro del DFL N° 1. En atención a lo señalado, la propuesta que presentó, es para precisar de mejor forma el contenido. Observó que todo el proyecto de ley tiene una herramienta para realizar intervenciones priorizadas, pero la circunscribe a intervenciones quirúrgicas y estimó que se debe incorporar la palabra “quirúrgicas”, porque a eso se enfoca el proyecto de ley.

Comentó que, si el Ejecutivo no está de acuerdo en precisarla, entonces toma fuerza otra propuesta que presentó, que incorpora la frase “medicamentos de alto costo”.

La señora Ministra de Salud indicó que el seguro catastrófico se incorporó en la MCC, lo que refuerza este proyecto de ley, que ejercerá un rol complementario, en el sentido de beneficiar al grupo A de FONASA, en espejo a lo que se puede hacer en Modalidad de Libre Elección (MLE), para los grupos B, C y D.

En relación a la propuesta de los parlamentarios, señaló que no quieren limitar su contenido, en consideración a los avances tecnológicos que se puedan implementar, donde procedimientos que actualmente son quirúrgicos, pueden ser desarrollados de otra forma. Manifestó que hay procedimientos que son diagnósticos/terapéuticos, que también pueden implicar una necesidad de acceso priorizado por lista de espera, como el procedimiento endoscópico, que no son necesariamente quirúrgicos, por ese motivo, sugirió que el título sea más amplio.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** agradeció la aclaración porque queda reflejado en la historia de la ley y permite tener la visión de lo que busca el Ejecutivo en esta materia.

**- La propuesta N° 1-A, fue retirada por sus autores.**

### **Artículo único**

El artículo único, aprobado por la Cámara de Diputados en primer trámite constitucional, y rechazado en el Senado, en segundo trámite constitucional, es el siguiente:

“Artículo único.- Incorpórase, a continuación del artículo 143, 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.

La 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.

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 cuyas bases se establecerá 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 Fondo Nacional de Salud que se encuentren en cualquier tramo, que estén acreditados en los seis meses calendario anteriores al mes de su activación.

Las intervenciones y tratamientos que comprenderá el seguro serán financiadas en conjunto por 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 para los beneficiarios de los tramos B, C y D, y de 2,5 veces dicho ingreso mínimo mensual para aquellos del tramo A.

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 para los beneficiarios de los tramos B, C y D o de 3,8 ingresos mínimos mensuales para los beneficiarios del tramo A.

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 por el Ministro de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, a proposición del Fondo Nacional de Salud, 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 a 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. A quienes transgredan las disposiciones de este artículo les será aplicable lo dispuesto en los artículos 168 y 169.

En el evento de 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 seis meses, 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.

La 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 ocho años."

La **propuesta N° 2, de S.E. el Presidente de la República**, lo reemplaza por un artículo único que 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. El artículo único, propuesto, contiene siete numerales, mediante los cuales se incorporan los artículos 140 bis a 140 octies, nuevos.

La Comisión acordó estudiar cada numeral por separado, para facilitar la discusión.

#### Numeral 1)

“1) Incorpórase, a continuación del artículo 140, el siguiente artículo 140 bis, nuevo:

“Artículo 140 bis.— Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.

La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, medicamentos hospitalarios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes.

Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.”.

El **Director del FONASA** informó que el artículo propone la forma de gestionar de manera eficiente los tiempos de espera sanitarios, a través de un Sistema de Acceso Priorizado (SAP), que integra la forma en la que se han priorizado otros programas; el clásico ejemplo es el AUGE, por tanto, se describe la derivación de las personas del grupo A de FONASA, que están en listas de espera, a través de un segundo prestador.

Informó que las personas de los grupos B, C y D, se auto derivan, al igual que en la Modalidad de Libre Elección y si el problema de salud está priorizado, tiene una protección financiera mayor.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** requirió conocer la postura del Ejecutivo para ampliar el inciso segundo del artículo 140 bis

propuesto, en términos de incluir otros elementos para la realización de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Respecto al texto aprobado en general por la Cámara de Diputados, el **Honorable Senador señor Chahuán**, a través de una propuesta sugirió reemplazar en el inciso segundo del artículo 143 bis, la expresión “codificadas” por “sean parte de arancel de FONASA o no”.

Explicó que el objetivo es incorporar otro tipo de intervenciones a realizar a través del seguro catastrófico, que dependerá del procedimiento ya señalado, pero queda abierto, porque hay un problema con la codificación de determinados procedimientos médicos o intervenciones. Añadió que es un tema que requiere el acuerdo del Ejecutivo, dado que es materia de iniciativa exclusiva.

La **señora Ministra de Salud** comentó que entendiendo que los procedimientos que se van a financiar vía Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), incluirán elementos que a veces no están codificados, no tendrían problema en ello, siempre que el sistema de pago lo incorpore.

Explicó que este artículo crea el sistema, que va a dar el acceso priorizado y la atención que se provea va a incorporar todas las necesidades de cobertura financiera respectivas.

Manifestó que evitan utilizar la palabra “resolución integral”, aunque lo es, pero como la definición de salud para la Organización Mundial de Salud (OMS) habla del completo bienestar físico, mental y social, la parte “social” podría abarcar más que responder al problema de salud y sus contingencias. La palabra “integral” podría llevar a un subsidio, porque hay una necesidad social que impacta el bienestar dentro de la amplia definición de salud.

A su vez, el artículo menciona que el Fondo va a ocupar los prestadores con los cuales ya tiene convenios o celebrará nuevos contratos para obtener una respuesta. Las intervenciones tendrán mecanismos de pago, diseñados a financiar soluciones, lo que implica el pago por resultado.

Al plantear que habrá mecanismos de pago destinados a financiar soluciones, se refiere al pago a través de Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) o cualquier otro pago que se desarrolle en el futuro y que sirva para el mismo fin, es decir, pagar por la resolución del problema y no prestación por prestación.

**- La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Pascual y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputadas señoras Cordero y Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas, aprobó la propuesta N° 1. (10x0)**

La **propuesta N° 2.A, del Honorable Senador señor Chahuán**, reemplaza en el inciso segundo del artículo 143 bis, la expresión “codificadas” por “sean parte de arancel de FONASA o no”.

El **Honorable Senador señor Chahuán** sin perjuicio de anunciar que retirará la propuesta, comentó el problema con la codificación de FONASA, hay intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no tienen codificación y su preocupación es que esos tratamientos o intervenciones no se puedan practicar.

La **Ministra de Salud** sostuvo que, por ejemplo, las prótesis, ortesis no siempre están reconocidas y en atención de ello, es que están en la propuesta, que incluye los medicamentos hospitalarios, los insumos, los honorarios médicos y se incorpora todo lo necesario para dar resolución al problema de salud para las intervenciones que van a ser priorizadas en relación a la lista de problemas de salud priorizado.

Se va a incorporar todo lo necesario y se pagará a través de un GRD, de manera de resolver el problema de salud en su totalidad.

Por su parte, el **Honorable Diputado señor Lilayu** manifestó no estar tranquilo respecto a la codificación de los programas. Enfatizó que no es lo mismo operar las vértebras con codificación que hacerlo con láser y afirmó que FONASA está muy atrasado en materia de codificación.

La **Honorable Senadora señora Pascual** señaló que de lo expuesto se concluye que el GRD podía ayudar en esta materia, por ello, sería innecesaria esta propuesta y solicitó al Ejecutivo aclarar el punto.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** indicó comprender que las tecnologías nuevas no necesariamente están codificadas y si hay una razón presupuestaria, sería adecuado que se señale.

El **Director del FONASA** subrayó que es un tema importante y se debe diferenciar las dos modalidades:

La MAI, con derivación al sector privado, lo pagan por GRD como se ha estado aplicando y está todo integrado en la técnica que se ocupa para solucionar el problema. En esta modalidad no hay mayor complicación.

Explicó que en la MLE, han pensado, dependiendo del problema de salud que se priorice, generar una composición de códigos que se acerque lo más posible al GRD, que sería una especie de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), para integrar la mayor cantidad de códigos en la solución del problema.

La **Ministra de Salud** sostuvo que para las patologías que abultan la lista de espera, que son cirugías traumatológicas, son artroscópicas, no se piensa realizar con cirugía abierta.

Entiende la inquietud del Senador Gahona por el tema de la cirugía robótica, donde se encuentran distintos aparatos, algunos de alto costo y con supuestos buenos efectos, en el sentido de ahorro de tiempo y de complicaciones, pero se deben demostrar esos beneficios. En la medida

que se van incorporando esas intervenciones, el FONASA tiene que estudiar el cómo incluirlas.

El **Honorable Senador señor Gahona** sostuvo entonces, que la prestación que reciben los pacientes atendidos por MLE, tiene que ser equivalente a la prestación que reciba un paciente derivado por MAI.

La **Ministra de Salud** señaló que la MAI va a poder ser vía GRD donde sí se puede incorporar cualquier tipo de solución que tenga el establecimiento, porque no necesita un código específico de prestación explícita, sino que se construye en el paquete que va dentro del GRD, es mucho más flexible.

Respecto a la persona que se atiende vía MLE, expresó que deben tratar de igualarla a ese estándar. Añadió que la persona que va a usar la MLE no tiene necesariamente que estar en lista de espera, sino que debe tener una patología que genera lista de espera que, si no se opera rápidamente, va a entrar igualmente en ella.

El **Director del FONASA** señaló que es un tema normativo, la MLE funciona con códigos, por tanto, no pueden incorporar GRD en esa modalidad, pero si se puede lograr que la prestación sea equivalente al tratamiento y a la solución de la MAI.

**- La propuesta 2-A, fue retirada por su autor.**

La **propuesta N° 2.B, del Honorable Diputado señor Lagomarsino y Honorable Senador señor Chahuán**, incorpora en el nuevo artículo 140 bis, a continuación de la frase “medicamentos hospitalarios,” la frase “medicamentos de alto costo,”.

**- La propuesta N° 2-B, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.C, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, modifica el numeral 1) del artículo único que se propone, en el siguiente sentido:

“- Agréguese, en el inciso tercero del nuevo artículo 140 bis, después de la palabra “soluciones” la palabra “integrales”.

- Agréguese los siguientes incisos cuarto y quinto, nuevos, al nuevo artículo 140 bis, pasando el actual cuarto a ser sexto, cuyo tenor es como sigue:

“La adjudicación de los contratos o convenios para los casos previstos en el artículo 140 quinquies deberá ser precedida por una licitación pública. Para la suscripción de estos contratos o convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, cuando corresponda.

El otorgamiento de las intervenciones priorizadas deberá hacerse por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la

forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 de la ley N°19.966.”.”.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló que la propuesta 2.C, se refiere a la transparencia, que en definitiva es dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley de Compras Públicas. Precisó que tiene que ver con el estándar mínimo para que el Estado, cuando invierte recursos cuantiosos, se adecue a las normas de contratación pública.

La **Ministra de Salud** sostuvo que la aplicación de la Ley de Compras Públicas es obligatoria y recalcó que las licitaciones que lleva a cabo el Director del FONASA, se rigen por la citada ley.

El **Honorable Senador señor Macaya** consultó si hay una conversación para adecuar una propuesta que señale que para la contratación y adjudicación de los contratos y convenios se deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la [ley N° 19.886](#), de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

Señaló que, sobre los prestadores registrados y acreditados, entiende que para firmar convenios bajo la Modalidad de Libre Elección, no se exige que los prestadores estén acreditados, lo que si ocurre cuando se trata de prestaciones GES. Añadió que la idea es generar un estándar mínimo de prestadores acreditados en las licitaciones que se hagan en esta materia, consultó al Ejecutivo si lo propuesto le parece adecuado.

El **Director del FONASA** manifestó que puede haber prestadores que están certificados para funcionar por la SEREMI, lo que es suficiente para que tengan convenio con la MLE del Fondo, no necesariamente certificados para GES, que va por el lado de la Superintendencia de Salud.

La **Ministra de Salud** reiteró que, para la MLE, se requiere la autorización sanitaria, los prestadores tienen que tener el EUNACOM aprobado, que es un requisito más general para el sector público, de hecho, el sector privado también lo ha adoptado.

Sobre el tema de la acreditación de las instituciones indicó que, en general, prestan servicio GES.

La **Honorable Senadora señora Pascual** aclaró que la MLE incluye consultas, no solo prestaciones hospitalarias, por lo tanto, consideró que es innecesaria esta parte porque se entiende que para las operaciones debe tener el EUNACOM aprobado. Desde esa perspectiva el estándar es más alto, pero la MLE es más amplia que una operación.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** respecto a los prestadores, manifestó que ser redundante no complica, pero el estándar debe subir, como está considerado en la [ley N° 19.937](#).

Con posterioridad, **S.E. el Presidente de la República**, ingresó una [propuesta](#) nueva, que recoge la proposición N° 2-C, agregando, a continuación del inciso tercero del artículo 140 bis, introducido por el numeral

1, el siguiente inciso cuarto, nuevo, pasando el actual inciso cuarto a ser quinto:

“Para los efectos del artículo 140 quinquies, la contratación o adjudicación de estos contratos o convenios deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.”.

**- La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán y Gahona, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas, aprobó la nueva proposición del Ejecutivo, que incorpora la propuesta N° 2-C. (8x0)**

La **propuesta N° 2.D., del Honorable Senador señor Chahuán**, reemplaza el inciso tercero, cuarto, y quinto del artículo 143 bis, propuesto por la Cámara de Diputados, en primer trámite constitucional, por los siguientes:

“En el primer semestre de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para el año calendario siguiente, las cuales serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud.

El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que elabore previamente el Fondo Nacional de Salud y que contendrá recomendaciones no vinculantes para la autoridad. Este estudio considerará especialmente:

a. Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b. Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

c. Un análisis de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de prestadores que cuenten con convenio vigente con el Fondo Nacional de Salud.

d. El costo esperado de las intervenciones sanitarias priorizadas.

e. Una proyección anual de la cantidad de egresos de resoluciones integrales de las intervenciones sanitarias priorizadas.

No se podrá incluir aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria priorizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte de esta, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.”.

El **Director del FONASA** señaló que, gran parte de esta propuesta, se encuentra contenida en la propuesta correspondiente al numeral 2) del Ejecutivo, por lo que sugirió se rechace.

La Comisión deja constancia que la propuesta fue considerada en la redacción presentada por el Ejecutivo.

**- La propuesta N° 2.D., fue declarada inadmisibile.**

La **propuesta N° 2.E., del Honorable Senador señor Chahuán**, reemplaza, en el inciso sexto, del artículo 143 bis, la oración:

“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” por “convenios con cualquier prestador acreditado con capacidad de entregar la prestación que se trate”.

El **Honorable Senador señor Chahuán** mencionó que este tema es crucial y solicitó la opinión del Ejecutivo al respecto.

El **Director del FONASA** manifestó que la propuesta fue realizada al texto aprobado por la Cámara de Diputados, que el Senado rechazó en su integridad, por tanto, no hay concordancia con la nueva propuesta del Ejecutivo.

El **asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Jaime Junyent** hizo presente que la palabra “prestador acreditado”, de alguna manera tiene cierta complejidad, porque implica que esté acreditado de acuerdo a la [ley N° 19.966](#), es decir, que haya pasado por un proceso para tal.

Recordó que actualmente la acreditación es solo obligatoria para las prestaciones GES, por tanto, exigir acreditación para todos en MLE, podría restringir la capacidad de oferta, lo que es especialmente crítico en regiones.

El **Honorable Senador señor Chahuán** observó que se recogió la idea por parte del Ejecutivo de lograr que exista amplia oferta.

**- La propuesta N° 2.E., fue retirada por su autor.**

La **propuesta N° 2.F., del Honorable Senador señor Chahuán**, añade, al final del inciso sexto del artículo 143 bis, del texto aprobado por la Cámara de Diputados, la siguiente oración: "Con todo, en caso de declararse desierta la licitación, no existirá un arancel de referencia obligatorio en el segundo llamado a concurso."

El **Director del FONASA** indicó que no resulta admisible, dado que siempre han trabajado con arancel en todos los casos, aun cuando haya que hacer un segundo llamado.

El **Honorable Senador señor Gahona** requirió que se explique qué sucede en los casos de que se declara desierta la segunda propuesta.

El **Honorable Diputado señor Rosas** comentó que cuando se hacen licitaciones y los oferentes saben que existe la segunda posibilidad, en general, licitan con precios elevados en la primera oportunidad, por eso es importante tener aranceles como el GRD o los aranceles de pago a prestadores, lo cual es aceptado por la Contraloría General de la República.

El **Director de FONASA** informó, para mayor tranquilidad, que estos aspectos están previstos en la Ley de Compras Públicas.

**- La propuesta N° 2.F., fue retirada por su autor.**

#### Numeral 2)

El **numeral 2), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República**, incorpora a continuación del artículo 140 bis, el siguiente artículo 140 ter, nuevo:

"Artículo 140 ter.- Durante el último mes de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula "Por orden del Presidente de la República", visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada. En caso de priorizarse la misma intervención para las personas de los artículos 140 quinquies y 140 sexies, esta deberá contener acciones de salud que se consideren equivalentes.

El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:

a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.

d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.

No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.

El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.

Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal

como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.”.

El **Honorable Senador señor Macaya** observó que el proyecto original se modificó radicalmente y se presenta una alternativa que busca solucionar y otorgar una cobertura catastrófica o que sea capaz de dar solución a las listas de espera. Añadió que, sin embargo, tiene la impresión de estar en presencia de una estructura más burocrática que la que tenía el proyecto anterior y difícil de comprender.

Indicó que la lógica del seguro catastrófico, como originalmente fue concebido, era con un deducible conocido y un presupuesto determinado.

Precisó que el proyecto original, presentado en el gobierno anterior, tenía por objeto otorgar a las personas la flexibilidad para tomar en sus manos la cobertura y decisión para solucionar este problema. Añadió que se buscaba fortalecer la Modalidad de Libre Elección (MLE), mejorando sus falencias, fundamentalmente en las prestaciones más complejas.

La **señora Ministra de Salud** explicó que tomaron la idea de dar flexibilidad y capacidad al paciente de elegir, a través de la MLE, lo que permanece en el texto propuesto.

La persona que puede acceder a la MLE y está esperando una cirugía, que no necesariamente es catastrófica (como la de várices), si su procedimiento está dentro del listado priorizado, podrá ir al prestador que elija, con una protección financiera mayor, pagando el deducible.

Advirtió que lo complejo es la creación del espejo para las personas del grupo A de FONASA, que no tienen la capacidad para tener la MLE. Explicó que consiste en un proceso similar, donde FONASA realiza gestiones para que esas personas tengan prioridad para resolver el mismo tipo de procedimiento de intervención quirúrgica que está en el listado priorizado.

En síntesis, se rescata lo relacionado con fortalecer la MLE y mantener la libertad de elección de las personas, en el conjunto de prestadores que tiene el convenio de MLE.

El **Honorable Senador señor Macaya** consultó si esa parte que es para MLE, ¿es solo para el 50% de los cupos o de los recursos? A su vez, requirió información sobre la cantidad de personas que están en lista de espera, pertenecientes a los grupos B, C y D, del FONASA.

El **Director del FONASA** aclaró que los recursos se dividen en dos, y que el sistema no opera en base a cupos.

Estimó que, con los recursos para el primer año, se podrían resolver entre 8.000 y 15.000 intervenciones quirúrgicas.

Agregó que las personas van a saber que el Ministerio de Salud y el FONASA han priorizado un grupo de problemas de salud.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló que, al revisar la propuesta, no habla de recursos, sino de egresos presupuestados en el decreto del Ministerio de Salud, por lo que sugirió corregir la redacción para evitar una confusión.

Luego, consultó cuál será el criterio para elegir las prestaciones que serán cubiertas por el FONASA, porque siempre hay riesgo de que incidan las asociaciones de pacientes, de médicos, entre otras.

La **señora Ministra de Salud** planteó que el objetivo es dar salida rápida a los problemas que abultan más la lista de espera, ese es un primer criterio de prioridad, los otros están mencionados en la propuesta.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó que en salud existe un problema de gestión de casos. Destacó que el planteamiento del Ejecutivo presenta una buena arquitectura, con el objetivo de abordar la lista de espera. Añadió que, si se observa la naturaleza de los casos, mayoritariamente son traumatología, cirugía digestiva y oftalmología, los cuales concentran más del 50%.

Por último, propuso que parte de los recursos estén contemplados para mejorar la gestión de la comunicación con los usuarios.

Por su parte, la **Honorable Diputada señora Gazmuri** sostuvo que efectivamente este proyecto de ley ha mutado respondiendo a la necesidad de las urgencias que existen en la actualidad, toda vez que en el proyecto conocido como Ley Corta de Isapres, se aborda el seguro catastrófico.

Por otra parte, consideró que su finalidad es clara y ha quedado acotada la pertinencia de este proyecto de ley. Por otra parte, reconoció que existe un entramado de términos difícil de comprender para los usuarios.

Enseguida, la Comisión se dedicó, al estudio de los tres primeros incisos del artículo 140 ter propuesto.

La **señora Ministra de Salud** explicó que el proyecto de ley está creando un sistema de atención priorizada y genera una nueva forma de funcionamiento para las personas adscritas a FONASA, que permitirá reducir las listas de espera, dando prioridad a cierto conjunto de problemas, basado en un estudio que realiza el Ministerio de Salud, en el cual se considerará como aspectos relevantes los tiempos de espera para algunas patologías.

Explicó que una vez al año, el Ministerio de Salud, junto con FONASA, va a actualizar un estudio, en el que identificará a aquellas patologías que tienen mucha lista de espera y que tienen un costo alto de copago para las personas, las cuales serán susceptibles de utilizar este sistema de atención priorizada.

Agregó que la atención priorizada tiene dos formas de funcionamiento, una de ellas es a través de la modalidad de libre elección

(MLE), frente al diagnóstico de una persona del conjunto que se puede priorizar, por ejemplo, una cirugía de reemplazo de rodilla. Añadió que si a la persona que le diagnostican esta patología y es afiliada a FONASA y está dentro del cupo que la Dirección de Presupuestos autoriza para esto, la persona puede ir directamente al prestador privado y atenderse de acuerdo a esta modalidad y en lugar del copago que le correspondería, tendrá que pagar un deducible definido de acuerdo a los salarios mínimos, según en nivel de FONASA que tenga (B, C o D).

Por otra parte, en espejo, como hay personas que no son cotizantes (FONASA grupo A), y, por tanto, no tienen acceso a la modalidad de libre elección y están en la lista de espera para las mismas patologías, podrán ser derivadas por FONASA hacia los prestadores privados con una garantía de copago completo.

Informó que el artículo propuesto se pronuncia sobre la vigencia del listado priorizado que es de un año. Agregó que todos los años puede ir cambiando, dependiendo del dinamismo de la demanda asistencial, de manera de permitir y actualizar la necesidad para reducir las listas de espera.

El **Honorable Senador señor Gahona** respecto al decreto mencionado en el inciso primero, expresó que supone un análisis previo para determinar qué tipos de problemas sanitarios se van a resolver mediante el acceso priorizado, además de pasar por DIPRES para la asignación presupuestaria, lo que va a tomar gran parte del año. Al respecto, consultó por la posibilidad de establecer un plazo más largo para la vigencia del decreto, de al menos tres años, sin perjuicio de que cada año se puedan incorporar o eliminar determinadas prestaciones.

A continuación, el **Honorable Senador señor Castro González** señaló que, si es mayor a un año, se debe observar la carga de enfermedad No GES de lista de espera. Advirtió que el temor es que, en un plazo más prolongado de tiempo, se limite a una cantidad determinada de patologías y se deje de incorporar aquellas que puedan subir su prevalencia.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** consideró que, en este caso, el gran entorpecimiento es que el Ministerio de Salud le dice a Hacienda que se trata de un decreto sin gasto presupuestario adicional a lo ya aprobado y Hacienda solicita más antecedentes para verificar si eso es así.

El **Honorable Senador señor Chahuán** solicitó dejar constancia sobre las inquietudes relacionadas con el tiempo de toma de razón de los decretos que se proponen y como puede afectar a la resolución de la lista de espera.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó si actualmente se pudiera señalar las patologías que estarían en esos requisitos de alta prevalencia. Y cuál sería el volumen del grupo A y de los grupos B, C y D, de acuerdo a la modalidad de SAP.

La **señora Ministra de Salud** comentó que lo que han prefigurado, es para las patologías quirúrgicas donde hay más personas en espera y que son de alto costo. A modo de ejemplo, que ya se ha mencionado, son las cirugías de rodilla, las de hombro, en general, de tipo traumatológica y algunas de órganos de los sentidos.

Aclaró que no puede ser ninguna prestación GES ni Ricarte Soto, porque ya tienen su sistema de priorización. Si puede ser cirugía de caderas fuera de la edad del GES.

Respecto a la distribución de FONASA A, versus los cotizantes que tengan la misma probabilidad, señaló que han intentado que no se vean perjudicadas las personas no cotizantes, en la probabilidad de tener acceso a este sistema priorizado, en relación a una persona que si es cotizante.

Por su parte, el **Honorable Diputado señor Lilayu** mostró su preocupación con algunas patologías, por ejemplo, una simple ulcera varicosa, que genera uno o dos meses de licencia médica de no ser tratada. Consideró que ese tipo de patologías también deben ser atendidas.

El **Honorable Diputado señor Rey** observó la idea de un listado de patologías priorizadas y, por un lado, ve la optimización de los tiempos y la búsqueda de recursos externos para aumentar la capacidad de generar soluciones.

Manifestó que en la Región del Maule se realizó un convenio a través del Ministerio de Salud con desafío “Levantemos Chile” y generaron una serie de cirugías con fondos del Gobierno Regional, fuera de los horarios de los funcionarios y prácticamente lograron realizar todas las cirugías que estaban en espera de cadera. Por eso, llamó a optimizar y a generar convenios a través de los Gobiernos Regionales para avanzar mucho más en la disminución de listas de espera.

La **señora Ministra de Salud** sostuvo que el tema de várices, que luego deriva en úlcera varicosa, es uno de los temas de salud que históricamente ha tenido problemas, por ejemplo, para el GES, no alcanza a ser garantía explícita, lo mismo ocurre con las hernias, que son patologías que generan una lista de espera relevante. Todo ello será parte de lo que deben estudiar, porque no han pre definido las patologías que se excluyen.

- **La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán y Gahona, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas, aprobó la propuesta N° 2, numeral 2), incisos primero a tercero, del artículo 140 ter, nuevo. (8x0)**

En la siguiente sesión, el **Honorable Senador señor Chahuán** sometió a votación los incisos cuarto a sexto del artículo 140 ter, nuevo.

- **La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro**

**González, Chahuán, Macaya y Moreira, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu, Rey y Rosas, aprobó la propuesta N° 2, numeral 2), incisos cuarto a sexto, del artículo 140 ter, nuevo. (10x0)**

Posteriormente, la **propuesta N° 2.G, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, modifica el numeral 2), del artículo único que propone el Ejecutivo (y que se aprobó precedentemente), en el siguiente sentido:

a) Reemplaza la frase “Durante el último mes de cada año”, por “cada tres años”.

b) Elimina, en el nuevo artículo 140 ter, la frase: “En caso de priorizarse la misma intervención para las personas de los artículos 140 quinquies y 140 sexies, esta deberá contener acciones de salud que se consideren equivalentes.”.

c) Agrega, en el nuevo artículo 140 ter, un nuevo inciso segundo y tercero, pasando el actual inciso segundo a ser cuarto y así sucesivamente, del siguiente tenor:

“Sin perjuicio de lo anterior, podrá agregarse una nueva intervención sanitaria priorizada en un plazo inferior o podrá renovarse el listado para un nuevo periodo, cuando exista información o situaciones que justifiquen dichos cambios, en función de los criterios de priorización definidos.

La dictación del decreto deberá coincidir con la dictación de decreto señalado en la ley N°19.966.”.

Respecto al reemplazo de la frase “durante el último mes de cada año” por “cada tres años”, la **señora Ministra de Salud** manifestó que les interesa que el sistema sea lo más dinámico posible y que además esté vinculado al tema presupuestario, que es anual y que se ejecuta anualmente.

Explicó que la priorización de los problemas de salud para este sistema de atención no es muy compleja, porque la variable más problemática es la lista de espera que, a pesar de todo el problema, la tienen medida por especialidad y por región.

En tal sentido, prosiguió, no habría demora en establecer aquellos problemas que serían prioritarios, lo que permitiría hacer un uso más adecuado del presupuesto.

Indicó que, si cambian las condiciones de un año a otro, por ejemplo, por la misma ejecución, quedaría muy amarrado. Argumentó que como el estudio de priorización no es de una complejidad muy grande, no es necesario estudiar la carga de enfermedad, porque son antecedentes que están disponibles.

Manifestó que se debe establecer la capacidad de oferta, que está medida por FONASA, así como la cantidad de personas que están en lista de espera. Por ello, prefieren que sea anual y que el decreto vaya de la mano a la disponibilidad presupuestaria.

El **Honorable Senador señor Macaya** preguntó si alcanza a pasar el decreto por los Ministerios de Salud y de Hacienda todos los años.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** planteó que al menos el decreto del año anterior quede vigente mientras se dicta el siguiente decreto. Manifestó preocupación sobre la forma en la que va a funcionar la dictación de ese decreto y si implica dificultades sobre la ejecución presupuestaria.

La **señora Ministra de Salud** informó que el texto del proyecto de ley incluye la prórroga del decreto hasta que exista uno nuevo.

- **La letra a) de la propuesta N° 2.G, fue retirada por sus autores.**

Respecto a la letra b) de la propuesta, el **Director del FONASA** señaló que la propuesta del Ejecutivo pretende dar cierta equidad en el tratamiento de los problemas de las personas.

Procura que, si una persona se atiende por MLE, la solución de ese problema (procedimientos, exámenes, solución quirúrgica), sean similares a la derivación de MAI, por el mismo problema.

El **Honorable Senador señor Macaya** planteó que la frase que la propuesta en estudio sugiere eliminar, es porque podría entenderse priorizados distintos problemas de salud dentro de la Modalidad de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección. Consultó si esa es la idea de la propuesta del Ejecutivo. Porque de ser así, consideró que podría ser una discriminación arbitraria.

El **Director del FONASA** sostuvo que se trata de situaciones diferentes. Una situación, consiste en el tratamiento equivalente de la solución del problema de salud en la MAI y en la MLE. En la MAI, una persona será tratada, por ejemplo, como un grupo relacionado con el diagnóstico, y en la MLE como un PAD, que intentarán ser parecidos en la solución del problema, en la cantidad e intensidad de uso de recursos que tenga, porque supone una complejidad clínica similar.

La otra situación, es que las priorizaciones, es decir, los problemas de salud incorporados, según lo que ha planteado el Ejecutivo, pueden ser diferentes en la MAI y en la MLE.

Añadió que está planteado así, bajo la lógica de que pudiera haber disponibilidad diferente en cuanto a los convenios que tiene el FONASA, los prestadores y a las necesidades que tienen distintos grupos de cotizantes y personas del grupo A, no cotizantes del FONASA.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** observó que la idea es buscar en cualquiera de las dos modalidades, para una determinada prestación, la *Lex Artis* (estado del arte médico), es decir, lo que la ciencia médica indica que es lo que se debe hacer, como los días que una persona debe estar hospitalizada luego de una cirugía determinada, que no puede ser diferente entre los cotizantes del Grupo A del FONASA con los otros Grupos (B, C y D), que están en prestadores en Modalidad de Libre Elección.

El **Honorable Diputado señor Rosas** aclaró que la MAI tiene un tipo de lista de espera que puede ser parecida, pero puede tener diferencias con la lista de espera de las personas que están en FONASA (B, C y D), que acceden a esta modalidad nueva, por eso podría haber diferencia en el tipo de lista de espera.

Observó que el objetivo de la propuesta del Ejecutivo, es que, frente a una misma prestación, se realicen los mismos procedimientos, como el Grupo Relacional Diagnóstico, que se da dentro de la MAI y con el PAD que está dentro de la MLE, que son los programas de acceso en el sector privado para las personas de FONASA.

El **Honorable Senador señor Macaya** consideró adecuado hacer la diferenciación y que quede establecido que no debería proponerse soluciones distintas en la MAI y en la MLE.

Sin embargo, sostuvo que lo explicado por el Director del FONASA no queda de manifiesto al leer el texto, por ello, insistió en eliminar la frase mencionada en la letra b) de la propuesta.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó al Ejecutivo precisar el efecto que tendría en el proyecto de ley la eliminación de la frase propuesta por los parlamentarios.

La **señora Ministra de Salud** indicó que, si la redacción de la frase confunde el propósito, no tienen inconveniente en eliminarla. Comentó que hay un principio que es intentar que las personas sean tratadas de igual forma frente a igual necesidad.

- La **Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Moreira, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu, Rey y Rosas, aprobó el literal b) de la propuesta N° 2.G. (10x0).**

A continuación, se sometió a discusión la letra c) de la propuesta N° 2.G.

El **Honorable Senador señor Chahuán** explicó que puede ocurrir una urgencia, como una calamidad pública, que requiera la dictación de un decreto antes del año. Precisó que el objeto es otorgar más herramientas al Ejecutivo, a fin de ejecutar de mejor manera el presupuesto.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Macaya** complementó lo señalado y observó que, en el texto propuesto por el Ejecutivo, se hacen remisiones amplias a criterios sanitarios y de listas de espera para priorizar, que le parecen correctos. Informó que la propuesta parlamentaria busca no solo disminuir el número de listas de espera, sino que se haga priorizando prestaciones que pueden mejorar la calidad de vida de las personas.

En tal sentido, indicó que, para que las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública puedan considerar en su propuesta de intervenciones, criterios de incidencia, mortalidad, incapacidad asociada, la contribución a la extensión de la calidad de vida, efectividad, gasto de bolsillo, costo-efectividad, se propone una especificidad mayor y se evita un criterio amplio sanitario, respecto a las patologías de la lista de espera que se van a priorizar.

La **señora Ministra de Salud** sostuvo que no ven la necesidad de vincularlo con la [ley N° 19.966](#) (GES), porque es un sistema distinto. Informó que en el GES tratan, en general, de recoger aquellos problemas de salud que agregan más carga de enfermedad, considerando el bienestar de la población.

- **La letra c) de la propuesta N° 2.G, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.H., del Honorable Diputado señor Lagomarsino y Honorable Senador señor Chahuán**, reemplaza en el inciso segundo del nuevo artículo 140 ter, la frase “elabore previamente el Fondo Nacional de Salud y que contendrá recomendaciones no vinculantes para la autoridad” por la frase “será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud”.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** explicó que la propuesta tenía por objeto asimilarlo a lo establecido en la [ley N° 19.966](#), en la formulación del GES, donde es el Ministerio de Salud el que elabora el decreto y el estudio.

La **señora Ministra de Salud** afirmó que fue recogida en la nueva propuesta del Ejecutivo, ya aprobada. Añadió que en el estudio de verificación de costo no puede participar ningún seguro y no se le puede encargar al FONASA. Indicó que el estudio de verificación de costo es externo y tiene que ser licitado internacionalmente, así está establecido en la norma.

- **La propuesta N° 2.H., fue retirada por sus autores, en consideración a que fue recogida por el Ejecutivo.**

La **propuesta N° 2.I., de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora las siguientes modificaciones al artículo 140 ter, nuevo:

a) Agrega, en el nuevo artículo 140 ter, inciso segundo, letra a), antes del punto final, la siguiente oración: “Deberán considerar para su

propuesta la incidencia de la patología que requiere la intervención, la mortalidad e incapacidad asociada, su contribución a la extensión o calidad de vida, la efectividad de las intervenciones, el gasto de bolsillo que significa para las personas realizar dichas intervenciones sin esta cobertura en el sector privado de salud y, cuando sea posible, la costo-efectividad de las intervenciones.”.

b) Agrega, en el nuevo artículo 140 ter, inciso segundo, la letra b), luego del punto final que pasa a ser seguido, las siguientes oraciones:

“Este análisis debe considerar supuestos de uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Este estudio será público y deberá ser remitido a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.”.

c) Agrega, en el nuevo artículo 140 ter, uno nuevo inciso tercero, del siguiente tenor:

“Este estudio, así como los elementos en que se funde, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud una vez sea expedido el decreto señalado en el inciso primero.”.

Respecto a la letra a), la **señora Ministra de Salud** comentó que lo que se busca priorizar son problemas de salud, y los criterios de salud que se señalan, de aplicarse, apuntan a otro tipo de patologías, que son las que actualmente están en el GES.

Explicó que siempre quedan las otras patologías debajo de esa priorización, por ejemplo, las patologías que producen lista de espera traumatológica, no van a producir una mortalidad importante, producen una discapacidad que es relativa, sin embargo, el gasto de bolsillo sí puede ser alto. Por lo anterior, prefieren que quede un poco más flexibles los criterios de priorización y no estén amarrados.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló entender la línea argumental de la señora Ministra y manifestó compartir que en el GES aplica más al criterio de solución de problemas respecto a costo-efectivo. Pero, requirió saber lo que se hará con el tema del lobby, los grupos de interés.

La **señora Ministra de Salud** sostuvo que es importante que la parte del articulado que se ha solicitado, sea transparente, que se publique el estudio, que exista un control social respecto a los criterios por los cuales se prioriza.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** reconoció que la propuesta es inadmisibles, porque atañe a funciones de un órgano de la administración del Estado, como son las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales y a su vez, incide en materias de seguridad social.

Sin perjuicio de aquello, se dejó constancia que la preocupación se relaciona con los pilares de transparencia, para evitar que sean los grupos de presión los que incidan en la priorización de las prestaciones.

**- La letra a), de la propuesta N° 2.I., fue declarada inadmisibile.**

Respecto al literal b), de la propuesta N° 2.I., la **señora Ministra de Salud**, respecto de la primera parte, que señala que análisis debe considerar supuestos de uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud, reflexionó sobre la forma de dar cuenta de ese supuesto, porque puede complicar bastante el análisis.

El **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que no hay estímulo suficiente para dar eficacia y eficiencia al sistema público de salud. Añadió que se buscan fórmulas para evitar que, de alguna manera, se transforme en una práctica que impida que los tratamientos médicos o prestaciones se hagan en el hospital.

El objeto es encontrar la manera de evitar desfondar el seguro, por ende, solicitó buscar una fórmula en conjunto.

A continuación, **S.E. el Presidente de la República**, recogiendo parte del contenido de las letras b) y c), del N° 2.I., presentó una nueva [propuesta](#) que modifica el artículo 140 ter, nuevo, introducido por el numeral 2), en el siguiente sentido:

“a) Agrega, en el literal b), el siguiente párrafo final: “Este análisis deberá considerar un estudio del uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Salud, dentro del horario de funcionamiento regular.”.

b) Agrega, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual inciso tercero a ser cuarto y así sucesivamente:

“Este estudio, así como los elementos en que se funda, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud y ser remitidos a las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputadas y Diputados, y del Honorable Senado, una vez sea publicado el decreto señalado en el inciso primero.”.

El **señor Jaime Junyent** sostuvo que esta propuesta, junto con otra, que se verá más adelante (que incorpora un artículo 140 quinquies, nuevo), refleja, los compromisos que se adquirieron durante la discusión del proyecto de ley, relacionado con la comunicación del estudio y su remisión a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras.

**- La nueva propuesta del Ejecutivo, que recoge parte del contenido de la propuesta N° 2.I., fue aprobada, con modificación de forma, por unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0)**

La **propuesta N° 2.J, del Honorable Senador Chahuán**, reemplaza, en el inciso décimo segundo del artículo 143 bis, la expresión: “las leyes N° 19.996, que establece un régimen de garantías en salud, y”, por “la ley”.

**- La propuesta N° 2.J, fue retirada por su autor.**

La **propuesta N° 2.K, del Honorable Senador Chahuán**, elimina el inciso décimo quinto del artículo 143 bis.

**- La propuesta N° 2.K, fue retirada por su autor.**

La **propuesta N° 2.L, del Honorable Senador Chahuán**, reemplaza en el inciso décimo sexto del artículo 143 bis, del texto aprobado por la Cámara de Diputados, la expresión “La reglamentación” por “Un Reglamento” y, eliminar la frase “en la red pública”.

**- La propuesta N° 2.L, fue retirada por su autor.**

#### Numeral 3)

El **numeral 3), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República**, incorpora, a continuación del nuevo artículo 140 ter, el siguiente artículo 140 quáter, nuevo:

“Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.”.

**- El numeral 3), del Ejecutivo, fue aprobado por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0).**

#### Numeral 4)

El **numeral 4), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República**, incorpora, a continuación del nuevo artículo 140 quáter, el siguiente artículo 140 quinquies, nuevo:

“Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio

respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, siempre se deberá priorizar los tiempos de espera de las personas y la necesidad sanitaria.”.

**- El numeral 4), del Ejecutivo, fue aprobado por unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, y Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0).**

La **propuesta N° 2.M, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu,** modifica el numeral 4) del artículo único que propone el Ejecutivo, en el siguiente sentido:

- Reemplaza el inciso final del nuevo artículo 140 quinquies, por el siguiente:

“Sólo se podrá considerar como criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los tiempos de espera de las personas y necesidad sanitaria.”.

**- La propuesta N° 2.M, fue retirada por sus autores,** dejando constancia que su contenido fue recogido por el Ejecutivo.

#### Numeral 5)

**El numeral 5), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República,** incorpora, a continuación del nuevo artículo 140 quinquies, el siguiente artículo 140 sexies, nuevo:

“Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto.

El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.”.

El **Director del FONASA**, explicó que se precisan los niveles de deducible, que se cambiaron notoriamente. Explicó que el tramo A queda con copago cero, porque entra por la modalidad de atención institucional y el tramo B, con 1,5 ingresos mínimos; el tramo C, 2 ingresos mínimos y el tramo D, 3 ingresos mínimos.

**- El numeral 5), del Ejecutivo, fue aprobado por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes, Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0).**

La **propuesta N° 2.N, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu, modifica el numeral 5) que propone el Ejecutivo, en el siguiente sentido:**

“- Agrega un nuevo inciso final al nuevo artículo 140 sexies, del siguiente tenor:

“Respecto de estas intervenciones priorizadas se establece un “gasto máximo anual por beneficiario” que deberá soportar el afiliado, en caso de existir más de una intervención priorizada 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 para los beneficiarios de los tramos B, C y D.”.

**- La propuesta N° 2.N, fue retirada por sus autores.**

Numeral 6)

**El numeral 6), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República,** incorpora, a continuación del nuevo artículo 140 sexies, el siguiente artículo 140 septies, nuevo:

“Artículo 140 septies.- El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.”.

El **Director del FONASA**, explicó que se replican las reglas generales en materia de reclamos ante la Superintendencia de Salud.

**- El numeral 6), del Ejecutivo, fue aprobado por unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes, Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0)**

Numeral 7)

**El numeral 7), de la propuesta N°2, de S.E. el Presidente de la República,** incorpora, a continuación del nuevo artículo 140 septies, el siguiente artículo 140 octies, nuevo:

“Artículo 140 octies.- El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al

Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

El **Director del FONASA** sostuvo que se reconoce la prioridad del año calendario que se ha planteado y que es coincidente con los procesos presupuestarios. Agregó que cada decreto se formulará en el último mes de cada año, para comenzar al año siguiente y ser coherente con ese proceso.

**- El numeral 7), del Ejecutivo, fue aprobado por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes, Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0**

La **propuesta N° 2. Ñ, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora un nuevo numeral 8) al artículo único que se propone por el Ejecutivo, del siguiente tenor:

“8) Modifíquese el artículo 143 en el siguiente sentido:

a) Agréguese, en el inciso tercero, a continuación de las palabras “Estas prestaciones” la siguiente frase: “, grupos de prestaciones o soluciones de salud,”.

b) Agréguese, en el inciso tercero, antes de los dos puntos, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud”.

c) Agréguese, en las letras a) y b) del inciso tercero, luego de la palabra “prestaciones”, cada vez que aparece, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud,”.

d) Agréguese, en la letra c) del inciso tercero, después de la palabra “ambulatorias”, la segunda vez que aparece, la siguiente frase “o que conformen una solución de salud”.

e) Agréguese, en el inciso quinto, luego de la palabra “prestaciones”, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud,”.

f) Agréguese, en el inciso sexto, luego de la palabra “prestaciones”, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud.”.

g) Elimínese, en el inciso duodécimo, la frase: “de prestaciones.”.

**- La propuesta N° 2.Ñ, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.O, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora un nuevo numeral 9) al artículo único que se propone, del siguiente tenor:

“9) Modifíquese el artículo 159 en el siguiente sentido:

a) Agréguese, en el inciso primero, luego de la frase “el valor de las prestaciones”, lo siguiente: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud,”.

b) Elimínese, en el inciso segundo, la palabra “prestaciones” la segunda vez que aparece.

**- La propuesta N° 2.O, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.P, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora un nuevo numeral 10) al artículo único que se propone, del siguiente tenor:

“10) Agréguese, en el inciso primero del artículo 161, luego de la palabra “prestaciones”, la siguiente frase “, grupos de prestaciones y soluciones de salud.”.

**- La propuesta N° 2.P, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.Q, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora un nuevo numeral 11) al artículo único que se propone, del siguiente tenor:

“11) Agréguese, en la letra e) del inciso segundo del artículo 189, luego de la palabra “prestaciones”, las dos veces que aparece, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud,”.

**- La propuesta N° 2.Q, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.R, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu**, incorpora un nuevo numeral 12) al artículo único que se propone, del siguiente tenor:

“12) Agréguese, en los numerales 2 y 8 del inciso tercero del artículo 190, luego de la palabra “prestaciones”, la siguiente frase: “, grupos de prestaciones y soluciones de salud,”.

El **Honorable Senador señor Macaya** sostuvo que esta propuesta permite el pago de grupos de prestaciones en Isapres, lo que permitiría un uso más eficiente de los recursos y lamentó que no fuera recogido por el Ejecutivo, por tanto, solicitó que sea considerado en reformas posteriores.

El **Director del FONASA** afirmó que el pago por GRD ha sido recogido y lo utilizan profusamente en el sistema público. Explicó que, respecto a las Isapre, se incorporó en la propuesta en la Ley Corta de Isapres, por tanto, ya está en funcionamiento y son dichas instituciones las que tienen que resolver su implementación, en el contexto de la respuesta al plan de ajustes y pagos.

En el caso del FONASA, explicó que, en este proyecto de ley, no pueden cambiar la forma de financiamiento de la Modalidad de Libre Elección, independiente de que, en la Modalidad de Atención Institucional, lo consideran masivamente y en la nueva modalidad de cobertura complementaria, también.

Agregó que, en cambio, en la MLE no se puede realizar esa modificación, porque tiene implicancias presupuestarias. Preciso que, en cada uno de los problemas que se priorizan, están pensando en paquetizaciones como el Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), que tiene una inspiración similar y que permite resolver el problema de salud, pagando una cuenta conocida por las personas, que incorpora una canasta de prestaciones.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó qué patologías traumatológicas consideran para el año 2025, en el sistema descrito (PAD).

El **Director del FONASA** señaló que la priorización está por realizarse. Saben que en lo traumatológico hay varias prestaciones que se podrían incluir que no están en el GES, pero se requiere el estudio para definir las concretamente.

**- La propuesta N° 2.R, fue retirada por sus autores.**

La **propuesta N° 2.S, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya**, modifica el inciso primero del artículo 4° de la [ley N° 19.886](#), incorporando, luego del punto final, la siguiente oración:

“La imposibilidad de contratar con órganos del Estado a través de licitaciones, convenios directos o cualquier otra vía, no se aplicará a entidades que presten servicios de salud, públicas o privadas, tales como hospitales, clínicas, centros médicos, y otros que presten servicios de similares características.”.

El **Honorable Senador señor Macaya** manifestó que en su opinión la propuesta es admisible, dado que está modificando una norma sobre sanciones, que fue originada en una moción parlamentaria.

El **señor Jaime Junyent** afirmó que se trata de una disposición que excede las ideas matrices del proyecto de ley. Se trata de una materia que está regulada en la ley N° 19.886, que es una ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios, donde se establece el estatuto jurídico pertinente para los contratos de administración

y suministro del Estado, dentro de los cuales, se establecieron algunas excepciones generales, en el artículo 4°.

En cuanto a la idea matriz del proyecto de ley, en ninguna parte hace referencia a la ley de compras.

Agregó que el Tribunal Constitucional, en su última jurisprudencia, (sentencia 13072, del año 2022), reconoció la constitucionalidad de esta sanción.

A su vez, consideró que adolece de vicio de admisibilidad, en consideración al artículo 65 número 6 de la Constitución Política, en el sentido que se trata de materias de iniciativa exclusiva, por tratarse de materias que inciden en la seguridad social.

El **Honorable Senador señor Macaya** replicó que la norma no dice relación con seguridad social. Añadió que el asesor del Ministerio de Salud hizo alusión a un fallo del tribunal Constitucional y aclaró que no se está discutiendo la aplicación de la norma por un tribunal, sino que se está discutiendo la admisibilidad de la propuesta realizada por los parlamentarios.

Consideró que la norma que modifica la ley de contratación pública, emana de una moción parlamentaria y fue admisible cuando se aprobó el proyecto en su oportunidad.

Respecto al argumento que no estaría dentro de las ideas matrices, tampoco es correcto porque el proyecto en discusión trata sobre cómo el Estado va a contratar con prestadores privados o públicos, para alcanzar una solución a los problemas de salud de la población.

El **Honorable Senador señor Chahuán** solicitó al Ejecutivo explicar la razón de cerrar la posibilidad para resolver las listas de espera o segundo prestador, a alguna de las instituciones en particular.

El **Director del FONASA** señaló que tienen oferentes suficientes en los convenios. El 98% de las clínicas privadas existentes, están convenidas con FONASA en la Modalidad de Libre Elección, aquellas que no están es porque no han querido sumarse.

En materia de licitaciones, recordó que, en la última licitación realizada, aumentaron los prestadores privados de 32 a 68, los que están preparados para recibir las derivaciones de intervenciones quirúrgicas, por tanto, no tienen un problema de oferta.

El **señor Jaime Junyent** indicó que, observando el fondo de la norma propuesta, la nueva modificación a la ley de compras, establece en el artículo 35 septies, (relacionado a las causales de inhabilidad para formar parte del Registro de Proveedores), que en los casos en que la sanción de inhabilidad pueda causar graves consecuencias sociales y económicas, daños serios a la comunidad, o sea perjudicial para el Estado, el tribunal no la aplicará.

Puso como ejemplo un centro de diálisis condenado por práctica antisindical, pero es el único centro de la comuna. En ese caso, la sanción no se aplicará, porque hay una afectación grave al derecho a la salud.

Por tanto, se permite la discrecionalidad administrativa de esta norma, para exceptuar de la aplicación de la sanción, cuando irroge perjuicio a la salud de las personas.

El **Honorable Diputado señor Rosas** señaló que los servicios de salud tienen que priorizar cuando hacen las licitaciones, la cercanía de la solución de las patologías y efectivamente, en muchas ocasiones solo hay un prestador.

- El **Presidente de la Comisión** sometió a votación la admisibilidad de la **propuesta N° 2.S**, resultando inadmisibile por la mayoría de los miembros presentes, **Honorable Senadora señora Órdenes, Honorable Senador señor Castro González, Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino y Rosas**. A favor de la admisibilidad de pronunciaron los **Honorables Senadores señores Chahuán, Macaya y Sanhueza y el Honorable Diputado señor Lilayu**. (5x4).

#### **Artículo primero transitorio**

El artículo primero transitorio aprobado por la Cámara de Diputados y rechazado por el Senado, es del siguiente tenor:

“Artículo primero.- Esta ley comenzará a regir el primer día del segundo mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del 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 en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

La **propuesta N° 3, de S.E. el Presidente de la República**, reemplaza el artículo primero transitorio, aprobado por la Cámara de Diputados, por el siguiente:

“Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.”.

El **Director del FONASA** explicó que ya tienen licitaciones vigentes y si es necesario, se utilizarán las facultades que otorga la ley de compras para realizar convenios directos u otra licitación para complementar.

- La **Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes, Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, Honorable Diputada**



**señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0**

### **Artículos segundo y tercero transitorios**

Los artículos segundo y tercero transitorios aprobados por la Cámara de Diputados y rechazados por el Senado, son del siguiente tenor:

“Artículo segundo.- Los reglamentos a que se hace referencia en los incisos décimo y undécimo del artículo 143 bis, incorporado por esta ley en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán dictarse dentro de los sesenta 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 veinte días siguientes a la publicación de esta ley. El Ministerio de Hacienda tendrá el 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.- 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 en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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.”.

La **propuesta N°4, de S.E. el Presidente de la República**, elimina los artículos segundo y tercero transitorio, pasando el artículo cuarto transitorio, aprobado por la Cámara de Diputados, a ser artículo segundo transitorio.

El artículo cuarto transitorio, que pasa a ser segundo, es el siguiente:

“Artículo cuarto.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario 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 pudiese 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.”.

**- La Comisión Mixta, por la unanimidad de sus miembros presentes, de sus miembros presentes, Honorable Senadora señora Órdenes, Honorables Senadores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, Honorable Diputada señora Gazmuri y Honorables Diputados señores Lagomarsino, Lilayu y Rosas. (9x0**

La **propuesta N°5, de los Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y del Honorable Diputado señor Lilayu,** agrega un nuevo artículo transitorio final, del siguiente tenor:

“Para cumplir con el artículo 3º de la ley 19.966 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece un régimen de garantías en salud, dentro del plazo de un año, luego de publicada esta ley, el Ministerio de Salud deberá dictar un reglamento que contenga las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, que no estén consideradas en artículo 2º de dicha norma.”.

El **Honorable Senador señor Macaya** compartió el criterio de inadmisibilidad sugerido, por referirse a atribuciones del Ministerio de Salud. Pero sostuvo que la actual Ley del GES ([ley N° 19.966](#), artículo 3), dispone que el Ejecutivo tiene la obligación de dictar normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios No Ges, como los estándares de atención, gestión de los tiempos de espera, lo que hasta el momento, no se ha realizado.

Por ello, la propuesta establece el plazo de un año al Ministerio de Salud, para cumplir una obligación que ya tiene, pero que no realiza, de manera de establecer que los estándares se apliquen efectivamente.

El **señor Jaime Junyent** señaló que la disposición vigente a la que se hace referencia, no obliga a dictar un reglamento, sino que obliga a dictar determinadas normas que ya existen, por ejemplo, la [ley N° 21.372](#), para el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes; normas de organización y funcionamiento de las Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos (UPCP), normas para acompañamiento de gestión prenatal, protocolo para entrega de anticoncepción de emergencias, entre otras disposiciones. Añadió que existen diversas instrucciones, normas técnicas y protocolos que se van dictando por prestación o por proceso.

A su vez, el **Honorable Senador señor Macaya** consultó por qué no se ha publicado el decreto con los estándares de las prestaciones No GES, que se deberían publicar en virtud de la ley.

El **señor Jaime Junyent** reiteró que no existe una obligación de dictar un decreto o reglamento sobre la materia, pues la obligación es dictar normas e instrucciones generales. Precisó que las disposiciones existen, pueden ser normas técnicas, protocolos, guías, entre otras.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Chahuán** señaló que se debe avanzar en establecer una norma que otorgue claridad y transparencia respecto a esta materia, porque falta la guía o la norma técnica que no ha sido dictada. Afirmó que la propuesta en estudio, es inadmisibles por afectar las potestades reglamentarias del Ejecutivo.

**- La propuesta N° 5, fue retirada por sus autores.**

- - -

La **propuesta N°6, de los Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya,** agrega un artículo transitorio, nuevo, del siguiente tenor:

“La modificación establecida en el artículo 4° de la ley N° 19.886, tendrá efecto retroactivo por un plazo de 3 años contados desde la fecha de publicación de la presente ley.”.

**- La propuesta N° 6, fue retirada por sus autores.**

- - -

### **PROPOSICIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA**

En mérito de lo expuesto y de los acuerdos adoptados, la Comisión Mixta tiene el honor de proponer, como forma y modo de resolver la divergencia suscitada entre ambas Cámaras del Congreso Nacional, lo siguiente:

Aprobar el siguiente texto para el proyecto de ley:

Título:

“Ley que crea el sistema de acceso priorizado a determinadas intervenciones sanitarias”.

**(Unanimidad 9x0)**

“Artículo único.- Modifíquese 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, en el siguiente sentido:

Incorpórase, a continuación del artículo 140, los siguientes artículos 140 bis a 140 octies, nuevos:

“Artículo 140 bis.- Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.

La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, medicamentos hospitalarios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes.

Para los efectos del artículo 140 quinquies, la contratación o adjudicación de estos contratos o convenios deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.”.  
**(Unanimidad 10x0 y 8x0)**

Artículo 140 ter.- Durante el último mes de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada.

El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:

a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

Este análisis deberá considerar un estudio del uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Salud, dentro del horario de funcionamiento regular.

c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.

d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.

Este estudio, así como los elementos en que se funda, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud y ser remitidos a las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, y del Honorable Senado, una vez sea publicado el decreto señalado en el inciso primero.

No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.

El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.

Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.

**(Unanimidad 8x0, 10x0 y 9x0)**

Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención

Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, siempre se deberá priorizar los tiempos de espera de las personas y la necesidad sanitaria.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto.

El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los

prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos sexto y séptimo del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo 140 septies.- El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo 140 octies.- El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.

**(Unanimidad 9x0)**

Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario 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.”.

**(Unanimidad 9x0)**

- - -

### TEXTO DEL PROYECTO

A título meramente ilustrativo, cabe hacer presente que, de ser aprobada la proposición de la Comisión Mixta, el texto de la iniciativa legal quedaría como sigue:

#### PROYECTO DE LEY:

“Artículo único.- Modifíquese 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, en el siguiente sentido:

Incorpórase, a continuación del artículo 140, los siguientes artículos 140 bis a 140 octies, nuevos:

“Artículo 140 bis.- Con el objeto de gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios, establécese un Sistema de Acceso Priorizado, consistente en el otorgamiento, por parte del Fondo Nacional de Salud, de un acceso priorizado y protección financiera para la realización de intervenciones sanitarias que hayan sido priorizadas para el año respectivo por el Ministerio de Salud, a través del decreto a que se refiere el artículo siguiente.

La realización de las intervenciones sanitarias priorizadas considerará todos los elementos que se requieran para la misma, tales como, medicamentos hospitalarios, insumos hospitalarios, honorarios médicos, hospitalizaciones, atenciones post hospitalarias y complicaciones post operatorias, de acuerdo con la indicación médica respectiva, según indique el decreto del artículo siguiente.

El Fondo Nacional de Salud, sujeto a su disponibilidad presupuestaria del Sistema de Acceso Priorizado, celebrará contratos o convenios con prestadores de salud no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenten con capacidad resolutive, para la realización de dichas intervenciones sanitarias, mediante mecanismos de pago destinados a financiar soluciones a las intervenciones sanitarias correspondientes.

Para los efectos del artículo 140 quinquies, la contratación o adjudicación de estos contratos o convenios deberá dar cumplimiento a las

disposiciones de la ley N° 19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán otorgarse de conformidad a los artículos 140 quinquies y 140 sexies, según corresponda.

Artículo 140 ter.- Durante el último mes de cada año, un decreto del Ministerio de Salud, expedido bajo la fórmula "Por orden del Presidente de la República", visado por la Dirección de Presupuestos, determinará el listado de intervenciones sanitarias priorizadas para los beneficiarios señalados en el artículo 140 quinquies y los señalados en el artículo 140 sexies, respectivamente, para el año calendario siguiente, que serán otorgadas a través del Sistema de Acceso Priorizado del Fondo Nacional de Salud. Este decreto señalará las prestaciones que el Sistema considerará para cada intervención priorizada.

El decreto del Ministerio de Salud deberá fundarse en un estudio que este elabore previamente, el cual considerará especialmente:

a) Las intervenciones sanitarias cuya prioridad proponen las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en base a un análisis de los problemas de salud no garantizados por la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

b) Un análisis cuantitativo realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre la capacidad resolutive de los prestadores pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los tiempos de espera de las personas beneficiarias para el otorgamiento de las prestaciones que se relacionan con los problemas de salud determinados en el literal anterior, con la finalidad de identificar las necesidades de la población.

Este análisis deberá considerar un estudio del uso eficiente de la capacidad de los prestadores del Sistema Nacional de Salud, dentro del horario de funcionamiento regular.

c) Un análisis realizado por el Fondo Nacional de Salud de la oferta disponible para la realización de las intervenciones sanitarias por parte de los prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuenten con contrato o convenio con el Fondo Nacional de Salud.

d) Una estimación realizada por el Fondo Nacional de Salud del costo esperado de las intervenciones sanitarias propuestas según la letra a), y una proyección anual del presupuesto estimado y la cantidad de intervenciones que podrán ser otorgadas a través del Sistema de Atención Priorizada.

Este estudio, así como los elementos en que se funda, deberán ser publicados en la página institucional del Ministerio de Salud y ser remitidos a las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, y del Honorable Senado, una vez sea publicado el decreto señalado en el inciso primero.

No se podrá incluir en la priorización aquellas intervenciones sanitarias que, al momento de la dictación del decreto, se encuentren garantizadas mediante las garantías explícitas en salud establecidas en virtud de la ley N° 19.966, ni las que formen parte del Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de aquellos diagnósticos y tratamientos de alto costo establecido en la ley N° 20.850. Si una intervención sanitaria garantizada pasa a estar incorporada en cualquiera de los regímenes señalados en este inciso, dejará de formar parte del Sistema de Acceso Priorizado, resguardando, en todo caso, los derechos de las personas que ya hubieran sido beneficiadas.

La vigencia del listado de intervenciones sanitarias priorizadas será anual, para el año calendario respectivo, sin perjuicio de que pueda incluir intervenciones que hubieran sido priorizadas en años anteriores, en tanto sea pertinente según lo establezca el decreto respectivo.

El decreto del Ministerio de Salud indicará el presupuesto máximo a ejecutarse a través del Sistema de Acceso Priorizado en el año calendario, distribuyéndolo en partes iguales entre los casos previstos en el artículo 140 quinquies y aquellos señalados en el artículo 140 sexies.

Excepcionalmente, para evitar una subejecución del presupuesto, el Ministerio de Hacienda, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, podrá redistribuir el presupuesto anual del Sistema de Acceso Priorizado por medio de un decreto. La propuesta del Fondo Nacional de Salud deberá fundarse en la existencia de un riesgo concreto de subejecución presupuestaria, tal como, no existir suficiente demanda de una o más de las intervenciones priorizadas, o cambios en la disponibilidad de oferta de los prestadores.

Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.

Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la

correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, siempre se deberá priorizar los tiempos de espera de las personas y la necesidad sanitaria.

Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, enterando un deducible que operará como único copago de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto.

El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos sexto y séptimo del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán

excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

Artículo 140 septies.- El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.

Artículo 140 octies.- El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.

Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año presupuestario 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.”.

- - -

### ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días **1 de septiembre de 2022**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); Juan Luis Castro, e Iván Flores García, y Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira y señores Andrés Celis Montt y Tomás Lagomarsino Guzmán; **15 de septiembre de 2022**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); Juan Luis Castro González; Felipe Kast Sommerhoff, y Javier Macaya Danús; y

Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán, y Daniel Lilayu Vivanco; **1 de diciembre de 2022**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); Karim Bianchi Retamales (Iván Flores García); Juan Luis Castro González, y Javier Macaya Danús; y Honorables Diputados señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán, y Daniel Lilayu Vivanco; **30 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes, y señores Juan Luis Castro, y Sergio Gahona, y de la Honorable Diputada, señora Ana María Gazmuri Vieira; **14 de marzo de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); Juan Luis Castro González, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán, y Patricio Rosas Barrientos; **21 de marzo de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González, y Javier Macaya Danús, y de los Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán, y Daniel Lilayu Vivanco; **4 de abril de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señor Javier Macaya Danús, de los Honorables Diputados, señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán, y Patricio Rosas Barrientos; **5 de junio de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Sergio Gahona Salazar, y Javier Macaya Danús, y de los Honorables Diputados, señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco, y Patricio Rosas Barrientos; **24 de julio de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señor Juan Luis Castro González, y de los Honorables Diputados señoras Catalina Pérez Salinas (Patricio Rosas Barrientos), y Marisela Santibáñez Novoa (Ana María Gazmuri Vieira), y señores Tomás Lagomarsino Guzmán, y Daniel Lilayu; **7 de agosto de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Sergio Gahona Salazar, y Javier Macaya Danús, y Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco, y Hugo Rey Martínez (Andrés Celis Montt); **28 de agosto de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Javier Macaya Danús, y de los Honorables Diputados señoras María Luisa Cordero Velásquez (Andrés Celis Montt), y Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán, y Daniel Lilayu Vivanco; **4 de septiembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Claudia Pascual Grau (Ximena Ordenes Neira), y señores Juan Luis Castro; Sergio Gahona Salazar, y Javier Macaya Danús, y de los Honorables Diputados señoras María Luisa Cordero Velásquez (Andrés Celis Montt), y Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco, y Patricio Rosas Barrientos; **11 de septiembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis



Castro González, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco, y Patricio Rosas Barrientos; **25 de septiembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Javier Macaya Danús, e Iván Moreira Barros (Sergio Gahona Salazar), y de los Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco; Hugo Rey Martínez (Andrés Celis Montt), y Patricio Rosas Barrientos, y **30 de octubre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Francisco Chahuán Chahuán (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Javier Macaya Danús y Gustavo Sanhueza Dueñas (Sergio Gahona Salazar), y de los Honorables Diputados señora Ana María Gazmuri Vieira, y señores Tomás Lagomarsino Guzmán; Daniel Lilayu Vivanco, y Patricio Rosas Barrientos.

Sala de la Comisión Mixta, a 20 de noviembre de 2024.

**Julio Cámara Oyarzo**  
**Abogado Secretario Accidental de la Comisión Mixta**  
**(Documento firmado electrónicamente)**

## ANEXO

En la sesión del día 7 de agosto de 2024, la Comisión recibió a expertos para conocer su opinión sobre las propuestas presentadas a la fecha por el Ejecutivo, contenidas en los [oficios N° 322-371](#) y [N° 151-372](#), de fecha 29 de enero y 23 de julio, respectivamente.

Se hace presente que, con posterioridad a esta sesión, el Ejecutivo ingresó dos oficios, con nuevas propuestas al proyecto de ley.

A continuación, se realiza una síntesis de las exposiciones de los expertos invitados por la Comisión de Salud:

La **Directora del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo, señora Paula Daza**, acompañó una [presentación](#) a su exposición y puso en contexto el estado del proyecto de ley.

Señaló que, en mayo del año 2019, ingresó un proyecto de ley con el objeto de crear un seguro de clase media protegida, a través de una protección financiera especial, en la modalidad de atención libre elección.

En su momento, explicó, los recursos se habían duplicado en el sistema de salud y las listas de espera GES eran cercanas a 8.000. Para mejorar la atención de esas personas, se propuso el proyecto de ley, cuyo espíritu era que las personas que estaban en FONASA, en Modalidad de Libre Elección (MLE), grupos B, C y D, tuvieran acceso a la posibilidad de resolver sus problemas más urgentes en salud, a través de una protección financiera, mediante un copago proporcional a su ingreso familiar.

El mecanismo era virtuoso, porque las personas con recursos acotados, podían resolver sus problemas y a las personas con menos recursos, el Estado los financiaría dentro de la Modalidad de Atención Institucional (MAI).

El proyecto original tenía tres principios fundamentales. El primero, ubicaba a FONASA como gran agrupador de demanda, que licita los problemas de salud priorizados con los prestadores públicos y privados que quisieran participar. El segundo principio, era que las personas elegirían mediante la MLE. El tercero, es el copago del grupo familiar, relacionado con el ingreso.

Recordó que, durante todo el proceso de tramitación, se cuestionó el proyecto, los legisladores opositores argumentaron que requería una reflexión profunda. Han pasado cinco años desde la presentación del proyecto, cuya génesis se ha desvirtuado y se observa que el contexto sanitario ha empeorado radicalmente.

Añadió que las listas de espera GES, han aumentado en 938%, las listas No GES, han aumentado casi en un 100%. Respecto a las listas de espera de cáncer, han aumentado en 453% entre los años 2019 a 2024.

Consideró importante no olvidar la esencia de este proyecto de ley y reflexionar sobre cómo las decisiones que se toman hoy inciden en la vida de las personas.

A continuación, se centró en dos oportunidades de mejora: los convenios y la priorización.

Respecto a los convenios, señaló que la celebración de éstos con prestadores externos al Servicio Nacional de Salud, no puede estar condicionada a la disponibilidad presupuestaria como plantea la propuesta del Ejecutivo, porque se transforma en algo discrecional para el FONASA definir cuándo se puede establecer un convenio y cuando no.

Por ello, consideró importante que el artículo primero transitorio, se transforme en un artículo permanente, de esta manera, para el primer año calendario de vigencia en el sistema priorizado, el FONASA podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentran vigentes, lo que permitirá mejorar la oferta y recordó el aprendizaje en pandemia de la colaboración público-privada.

En segundo lugar, se refirió a la priorización. Sostuvo que, en la propuesta ingresada por el Ejecutivo, se plantea priorizar las intervenciones que estarán en el SAP y para ello, considera un estudio que evalúe cuatro puntos: análisis y priorización de las intervenciones no garantizadas en el GES; la capacidad resolutoria en los prestadores del FONASA y tiempos de espera; oferta disponible y costo de dichas intervenciones.

Se entiende que los recursos son finitos, por tanto, debe existir una forma de priorizar, sin embargo, sostuvo que es necesario mejorar la propuesta y agregar determinantes de priorización. Si se analizan los cuatro criterios, todos están asociados a recursos y a limitaciones que tiene el propio sistema de salud, olvidando lo más esencial que son las personas.

Estimó que es necesario incluir en la priorización aquellos criterios de salud pública objetivos, con una metodología sanitaria que ayude a determinar la priorización, esto puede ser de incidencia, mortalidad, gasto de bolsillo u otros factores.

Finalmente, planteó la relevancia de analizar lo que pueden hacer las personas en caso de incumplimiento. Actualmente hay un GES con más de 80.000 prestaciones atrasadas, es una ley, pero no sucede nada cuando se incumple. Llamó a establecer una consecuencia efectiva en caso de incumplimiento y sugirió que, en caso de retraso, se estipule en la ley que el paciente puede ir a un centro privado u otro centro público a obtener su prestación y que sea el FONASA quien se haga cargo de la responsabilidad financiera.

No se puede continuar aumentando los recursos sin cambiar la forma de hacer salud en el país. Hay un aumento importante de presupuesto, pero no se traduce en mejoras para la ciudadanía.

El profesor asociado de la Pontificia Universidad Católica (CLAPES UC), señor Álvaro Erazo, acompañó una [presentación](#) en su exposición y señaló que el sistema de priorización de determinadas intervenciones sanitarias tiene un antecedente que es el seguro catastrófico.

Recordó que el año 1996 ya había un seguro catastrófico en el FONASA porque no había AUGE y una de las formas que se pretendía dar cobertura y protección financiera a estas enfermedades de mayor complejidad, como las cardiopatías complejas, la neurocirugía, los trasplantes renales, era a través de esta modalidad que se pensó desde el FONASA como un seguro catastrófico.

Luego se implementó el AUGE que, a pesar de las críticas, es un modelo que ha ido estableciendo progresivamente garantías, más allá de sus deficiencias.

Lo complejo de este proyecto de ley es la priorización. En el marco político esta priorización no está dirigida a los más vulnerables, sino que, a un segmento de la clase media, que muchas veces no tienen los subsidios, no son focalizados para la ayuda o intervención social, pero que están en condiciones de optar a una modalidad como la de libre elección y con una ayuda del FONASA, pueden optar a la solución del problema de salud.

Explicó que, apoyados en la MLE, bajo la lógica de copagos, se logran beneficios para muchas enfermedades que pueden ser cubiertos con un apoyo del Estado y con un aporte de las personas.

Aclaró que cuando la priorización no tiene que ver con índices de vulnerabilidad, con riesgo social, es indudable que los criterios de la priorización son complejos. Cuando la priorización no es en función de la carga de enfermedad o de la demanda desde el punto de vista epidemiológico, de las necesidades sanitarias, se debe hacer un ejercicio más riguroso del punto de vista de quien hace ese ejercicio, porque no todas las metodologías van a servir de manera similar, en este caso se debe hacer un esfuerzo adicional.

Recomendó poner mayor énfasis en aclarar que la lógica de la priorización no debiera ser la misma lógica con la que habitualmente se trabaja.

Añadió un punto crucial, que está esbozado, pero es parte de la discusión: la manera como ingresan las personas, si bien es cierto que se habla de un listado de prestaciones, también va a ser individual, porque no se habla de carga de enfermedad, por tanto, es importante dar una trazabilidad a la manera como se hace la selección de las personas y entregar esa responsabilidad, para el seguimiento de los casos, que ha sido uno de los problemas que tiene el AUGE.

Asimismo, llamó a considerar que la MLE va a ser un complemento con beneficios adicionales, lo que puede ser un buen preámbulo para ampliar la capacidad de oferta que tiene el FONASA.

Estimó que los prestadores tienen que hacer un esfuerzo adicional, mirado desde la oferta, porque nada se ha planteado de la posibilidad de los GRD. En el proyecto de ley dice que se partirá como línea de base con los prestadores que ya existen, pero hay muchas prestaciones que no se están dando adecuadamente y probablemente el impacto que va a tener respecto a una buena gestión y mejorar los precios, hace recomendable que en el proyecto de ley se incorpore la lógica de los GRD.

Consideró que uno de los problemas que tiene la MLE es el seguimiento de casos, estimó que es necesario construir la base de la población, con un adecuado seguimiento.

Sostuvo que otro problema es el de los fármacos, dado que hay muchas patologías de dificultad de acceso por razones económicas que tienen que ver con fármacos de alto costo. Sugirió establecer en la norma una identificación o definición más clara respecto a una mejor capacidad de negociación que el FONASA puede tener con esos medicamentos.

Por último, señaló que la responsabilidad del Ministerio de Salud, desde el punto de vista normativo de la priorización, obliga a tener un consejo técnico especial.

**El ex Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, señor Fernando Araos** manifestó que el principal problema del sistema sanitario del país, que es estructural en el tiempo, pero que se agudizó con posterioridad a la pandemia, son los tiempos de espera y el acceso, sobre todo en el sector público de salud. Esta situación ha pasado en todos los sistemas de salud del mundo y ha significado esfuerzos adicionales de los países para responder a la no atención o cuidados que fueron postergados producto de la pandemia.

En Chile afecta aún más, porque hay un problema estructural de décadas, que se solucionó en algunas patologías con la reforma de AUGE o GES, dando prioridad y garantías a cierto grupo de patologías.

Consideró importante que el sistema de salud reaccione de una manera adecuada para apuntar a este problema que es estructural, que se relaciona con que la demanda de cuidados, de atenciones sanitarias, de cuidados médicos o quirúrgicos, no da abasto con la cantidad de oferta del sistema en su conjunto.

Sostuvo que es fundamental que el seguro público de una respuesta y en el proyecto de ley en discusión, hay una propuesta de avanzar en la creación de un Sistema de Acceso Priorizado, que es relevante, porque genera un instrumento, que no existe, de manera sustentable y consiste en generar un sistema que tiene un presupuesto identificado en la Ley de Presupuestos, para atender a pacientes en listas de espera y que están siendo priorizados.

Precisó que este sistema es interesante en dos medidas, primero, porque hay pacientes del FONASA que tienen la capacidad de elegir a través de la MLE y se podrá financiar con topes para ciertas patologías, que son las

que presionan al sistema, como la prótesis total de rodillas o algunas prestaciones oncológicas que no están cubiertas por el GES.

Afirmó que el sistema de salud público y en particular los hospitales de la red, tienen capacidad ociosa. Cuentan con instalaciones, habilitación de pabellones, máquinas de anestesia, insumos e infraestructura en la que se ha invertido mucho y que lamentablemente, fines de semana e incluso durante las tardes está sin uso.

Estimó que es importante que este nuevo Sistema de Atención Priorizada, contemple mecanismos para que el FONASA pueda utilizar esa capacidad ociosa para atender pacientes.

Propuso que se permita al FONASA utilizar estos mecanismos para compras a la MLE o a las clínicas privadas que tengan en convenio para los pacientes en listas de espera, pero también para utilizar la capacidad ociosa en donde no tienen financiamiento para operar los fines de semana o durante las tardes, porque a veces no hay personal, no están los cargos disponibles u otras razones.

Señaló que puede ser una solución más cercana a las regiones porque se podrían utilizar los recursos, no solo de los hospitales de alta complejidad, sino que de mediana y baja complejidad también, para aumentar el número de atenciones más cerca de los territorios.

**El Director de Políticas Públicas de Libertad y Desarrollo, señor Pablo Eguiguren**, acompañó una [presentación](#) en su exposición y comentó que este proyecto de ley nace por una situación real que consiste en que los usuarios del FONASA en MLE, tienen una cobertura promedio del 38% de los gastos de salud y es lo que llevó al actual Gobierno a crear la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) del FONASA, mismo objetivo que pretendía solucionar el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados, es decir, que todos los beneficiarios del FONASA pudieran acudir a MLE, con una cobertura financiera conocida y un monto máximo a pagar, para ciertas prestaciones que fueran priorizadas.

El objetivo de fortalecer la colaboración público-privada es para descomprimir las listas de espera en salud.

Informó que hay 2,5 millones de personas en listas de espera, un tema que es preocupante es que el primer trimestre de este año se quebró una tendencia a la baja de las listas de espera, en términos de los tiempos, lo cual fue un compromiso del Gobierno.

A continuación, mencionó que el objetivo del proyecto de ley, es asegurar legalmente la existencia de recursos permanentes para la gestión de listas de espera, lo que se ha negociado cada año por presupuesto y el 50% de los recursos destinados iría a este fin y el restante 50% iría a asegurar recursos para que, en ciertas prestaciones, los usuarios de MLE tengan un copago conocido.

Lo complicado es que se está tratando de resolver el problema de las listas de espera con más recursos, que es lo que se ha venido haciendo en los últimos 20 años, sin obtener mejoras en las listas de espera.

Indicó que el diagnóstico es conocido, hay hospitales que no funcionan a plena capacidad. Lo que no se ha abordado es la mejora del régimen de funcionamiento de los trabajadores de salud en los hospitales, además, hay inmovilidad de los funcionarios de la salud. Se necesita que los directores de servicios de salud cuenten con todas las herramientas para conducir la actividad hospitalaria y requieren una compensación salarial y una carrera acorde a sus necesidades.

Si se van a ocupar más recursos para solucionar las listas de espera, se debe ver bien cómo se usa de manera que no caigan en un saco roto y aumentar la productividad, dando una atención oportuna a las personas.

Al comparar el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados y las propuestas presentadas por el Ejecutivo, la gran diferencia es que si se instala el Sistema de Atención Prioritaria, que es un paso para las personas, pero si no se resuelven los otros problemas, puede que no sea efectivo.

A continuación, mencionó algunos puntos que se pueden mejorar de este proyecto de ley.

En primer lugar, no queda claro que el sistema opere con licitaciones como buscaba hacerlo el proyecto de ley aprobado en la Cámara de Diputados. Estimó que es fundamental que se haga vía licitación de la manera más transparente posible y que tenga todas las herramientas necesarias, sea GRD u otras, para asegurar que estas prestaciones sean otorgadas de la manera más eficiente posible.

En segundo lugar, se hablaba de la priorización de las prestaciones, pero no queda clara la forma de discriminar en el caso de dos personas que están en la lista de espera por el mismo tratamiento, teniendo el último recurso disponible. Se deja a un reglamento y eso puede abrir fuertes arbitrariedades.

Consideró que se debería evaluar la conveniencia de incluir en el sistema de MLE al grupo A del FONASA, como el proyecto aprobado por la Cámara de Diputados, que estaba abierto a todos los tramos. Lo anterior es relevante porque 1 de cada 5 personas del FONASA pertenecen a ese grupo y quedarían excluidos. Son el 11% de la lista GES, el 18% de las intervenciones quirúrgicas No GES y más del 20% de las consultas de especialistas.

Además, llamó a tener cuidado con la focalización del gasto público. Actualmente en el grupo D, llegan personas que tienen muchos recursos y el copago está anclado por el ingreso mínimo, por tanto, puede haber personas del 1% más ricos de la población, que esté pagando 3 sueldos mínimos, es decir, \$1.500.000 y eventualmente podría hacer un

esfuerzo mayor, lo que liberaría recursos para que otras personas puedan acceder y también liberaría recursos para que las personas de menores ingresos puedan tener un copago diferenciado, con escalones más pronunciados.

Por otra parte, no hay claridad en la forma en que esto se va a coordinar con la MCC, recientemente aprobada. El escenario va a estar constituido por MLE, MAI, Sistema de Atención Priorizado (SAP), que son los distintos mecanismos dentro del FONASA.

Finalmente, sostuvo que es importante atender bien la distribución de recursos, se está dejando 50% para listas de espera, 50% para MLE, pero se debe tener claro si esos recursos van a sustituir los recursos que anteriormente se han dado como plan de productividad quirúrgica, que también apuntaba a disminuir las listas de espera. Informó que en los últimos años se han entregado 28.000 millones de pesos y el actual proyecto contempla montos menores.

Se requiere saber si son complementarios o bien, sustituyen los recursos que se están utilizando para estos fines.

Estimó que el texto aprobado por la Cámara de Diputado era un mejor instrumento para asegurar que los afiliados del FONASA tuvieran una cobertura conocida y más oportuna de sus problemas de salud, lo que redundaría en menores listas de espera. Sin embargo, consideró que la propuesta del Ejecutivo es útil para lograr el objetivo, aunque es necesario precisar algunos elementos, fundamentalmente como la licitación; evitar arbitrariedades entre atenciones de afiliados y pacientes, y resguardar una asociación más fuerte público-privada.

Llamó a no perder de vista que resolver las listas de espera significa no solamente más recursos, sino que, además, realizar cambios de incentivo al funcionamiento del FONASA y de los hospitales del Estado.

Recalcó que hay una oportunidad y una tarea pendiente. La oportunidad la tiene el Congreso Nacional en el sentido de transformar al FONASA en un real asegurador que exija la atención oportuna de sus afiliados.

Explicó que hay una tarea pendiente porque ni este proyecto de ley ni otros de la agenda, se hacen cargo de exigir más productividad a los hospitales del Estado, pese al alto consenso que hay sobre el punto.

**El Presidente de Clínicas de Chile A.G., señor Javier Fuenzalida** acompañó una [presentación](#) a su exposición. Previamente, manifestó que abrazan y ven con buenos ojos cualquier iniciativa que fomente la complementariedad público-privada y estimó que esta iniciativa de ley así lo hace, sin perjuicio de tener algunas observaciones.

Sostuvo que la organización que representa son expertos en prestaciones y la exposición versará sobre cómo debe llevarse adelante la implementación.

Informó que son prestadores que atienden principalmente al sector FONASA, siendo el 53% de las prestaciones, la mayoría de ellas ambulatorias. En regiones, ese porcentaje sube a 65%.

Observó que hay dudas respecto a si el modelo que se propone es en MLE u otro y su lectura es que debería ser en MLE y en este contexto, se debe dar una discusión de fondo respecto a los aranceles, que es una discusión ingrata, pero indispensable de resolver.

Comentó que todo reajuste, función o establecimiento de precios, se debe establecer a través de mecanismos técnicos pertinentes, por tanto, los aranceles resultan un aspecto fundamental a resolver.

Sostuvo que para poder contar con esta red abierta de prestadores y suficientemente diversa, debe ser vía licitación abierta y pública, de manera que tanto, actores públicos como privados, puedan participar para poder hacerse cargo del problema de la lista de espera.

La voluntad del sector prestador privado es participar activamente en la resolución de los problemas sanitarios de país.

Por último indicó que otro punto importante a considerar es que cualquier procedimiento que se implemente en la aplicación del sistema, debe resolverse de tal forma que no incremente las deudas del sistema.

La **Directora de Estudios del Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) de la Universidad San Sebastián, señora Carolina Velasco** acompañó una [presentación](#) a su exposición. En primer lugar, respecto al rol de los seguros y FONASA, explicó que los seguros surgen, en general, porque hay incertidumbre. Se agrupan varias personas que juntan sus recursos y en el momento que a alguien le ocurra un evento catastrófico, se usan esos capitales y, con ello, eliminan la incertidumbre, mejorando su bienestar.

Respecto al FONASA, comentó que existe un problema porque no se ha logrado reducir la incertidumbre, no hay tiempos de espera para aquello que no sea GES, por eso es que existe la lista de espera. En segundo lugar, porque puede que se incumplan estas garantías y no hay consecuencias, las personas no tienen donde ir a reclamar, sobre todo en lo No GES, porque la Superintendencia de Salud no tiene potestades. Por último, tampoco existe un límite al gasto en el FONASA, se puede ir a la MLE en lo No GES, pagando altos copagos.

Indicó que cada vez más personas compran seguros complementarios y se sobre aseguran porque no logran ni las Isapres ni el Fondo terminar la incertidumbre. Este proyecto de ley quiere ayudar a terminar con ello.

Afirmó que ocurre todo esto porque el FONASA no tiene las herramientas para definir los convenios con los prestadores ni estatales, ni privados. En la MLE no hay convenios, excepto cuando se compran camas

críticas, donde hay ciertos convenios y exigencias, pero en los otros ámbitos no. No hay relación entre el FONASA y la atención primaria, FONASA tampoco autoriza las licencias médicas, es decir, gran parte del gasto del Fondo no pasa por él.

Dio cuenta de un dato que realizaron en el IPSUSS, que indica que las listas de espera se han multiplicado en 8, desde el punto de vista GES, desde el año 2018.

Se ha pasado de 2 millones de personas en lista de espera No GES a 3 millones, desde el año 2017.

La receta que se ha utilizado en general, ha sido comprar de la misma forma, pero el problema de comprar de la misma forma a las mismas entidades no ha funcionado bien. De hecho, se demuestra que no se han recuperado ni siquiera los niveles de productividad pre pandemia, en el sector estatal.

Planteó que hay un problema de productividad y no pasa solo por usar la capacidad en horario inhábil, sino que pasa por usarla mejor en horario hábil, donde se utiliza el 60% de los pabellones. Añadió que, si se usaran los pabellones a un nivel de 80 u 85%, no tendríamos listas de espera quirúrgicas. Ahí hay un desafío mayor, que no pasa solo por comprar más prestaciones en horario inhábil o resolver por fuera, cuando se está “desperdiciando” una parte de los recursos.

Las compras del horario inhábil dentro del sistema nacional del servicio de salud, han crecido en el tiempo, sin embargo, la productividad no ha mejorado.

Considerando que el FONASA está con falta de atribuciones, estimó que es positivo que el proyecto permita, a través de esta nueva modalidad, otorgar atribuciones al Fondo para establecer mayores exigencias en los convenios de MLE, porque hoy día no las tiene. La MLE es un reembolso que se hace directo a los hospitales, salvo las compras por GRD, que han sido un gran avance.

Comentó que la duda que se genera es la forma en que estas modalidades van a conversar, actualmente, sumando la propuesta de este proyecto de ley, se presentan 5 modalidades de atención en FONASA: la MAI, en los prestadores del Estado; la MLE; la MCC y dos sistemas por modalidad de atención priorizada (una para listas de espera y una para los usuarios de FONASA, grupos B, C y D).

Cuatro de las modalidades realizan convenios con prestadores privados: MLE, MCC, y las dos nuevas del Sistema de Atención Priorizada. Surgen preguntas como, por ejemplo: ¿los convenios serán los mismos, se les pagará con métodos de pago distintos al mismo prestador para idéntica prestación, se va a contar con mejores métodos de pago, como se elegirán esos prestadores? Esos criterios no están incluidos en el proyecto de ley.

Sostuvo que otro aspecto a mejorar, es el deducible. Previamente en el desarrollo del proyecto de ley existió un límite al gasto anual, ahora no existe, solo hay un límite por prestación. Sugirió realizar un esfuerzo de focalización, al menos a las personas de menores recursos, poner un tope en el gasto anual, porque puede ser que se queden fuera solo por eso.

Por otra parte, observó que no hay criterios para la priorización de condiciones, se habla de un estudio que hará el Ministerio pero no se señala bajo qué criterios se van a seleccionar las condiciones a ser cubiertas.

Una preocupación mayor que transmitió, tiene que ver con el alcance de la nueva modalidad, hay un 50% de los recursos que se van a destinar a listas de espera y el resto es un recurso permanente para la nueva modalidad de atención.

Si bien, todos están de acuerdo en que hay que acabar con las listas de espera, afirmó que éstas nunca van a desaparecer si no se abordan los problemas de fondo. Sabiendo que es iniciativa del Ejecutivo, sugirió separar lo acumulado de listas de espera, con un buen sistema de mecanismos de pago y de convenios y luego de eso, empezar con la MCC.

Añadió que, si se pudiera abordar fuertemente el stock acumulado y luego partir de “cero”, con un esquema con mejores mecanismos de pago, que no fomente el gasto (como el actual pago por servicios en la MLE), sería adecuado, porque se podrían establecer ciertos criterios para quienes se hagan cargo de esas listas acumuladas.

Por último, apunto a la obligación legal que tiene el Ministerio de Salud en el DFL N° 1 de establecer ciertos estándares en las prestaciones No GES, para que las personas se orienten y sepan dónde acudir, qué hacer y hasta donde pueden exigir.

