MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY PARA REFORMAR EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y CREAR UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL.

Santiago, 05 de enero de 2020.

M E N S A J E N° 580-367/

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

Honorable Cámara de Diputados:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que tiene por objeto modificar las normas que regulan al Fondo Nacional de Salud, a fin de transformar su rol y funciones, gobernanza y atribuciones, transformándolo en el seguro nacional de salud y crear un Plan de Salud Universal, con el propósito de garantizar a todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud una atención de salud de calidad, oportuna y económicamente accesible.

I. ANTECEDENTES

1. La Creación del Fondo Nacional de Salud

El decreto ley N° 2.763 de 1979, que "Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud" creó el Fondo Nacional de Salud ("Fonasa"), producto de la fusión entre el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

En el primer considerando de dicho cuerpo legal, se señaló la existencia de una "necesidad de reorganizar el Ministerio de Salud y las instituciones que se relacionan con esta Secretaría de Estado, a fin de

establecer las bases orgánicas de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, que posibilite el efectivo acceso de la población a las acciones de salud".

Con esto en mente, se crearon instituciones al alero del Ministerio de Salud con roles específicos detallados en el propio decreto ley. La excepción a esto, fue el naciente Fondo Nacional de Salud, respecto del cual el citado decreto ley omitió definir su rol.

En efecto, en el caso del Fondo Nacional de Salud, el referido decreto ley, señala en su artículo 26:

"Créase el Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fondo, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

El Fondo dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá someterse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determina el presente Libro.

El Fondo Nacional de Salud será el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud […].".

Así, puede apreciarse que, en su creación, la normativa de rango legal no entregó un rol específico al Fondo Nacional de Salud, sino que solamente especificó sus funciones.

Estas funciones, actualizadas, se describen en el artículo 50 del decreto con fuerza de ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, y entre las más relevantes está la indicada en su letra b) que señala: "b)

Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esta Ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen del Libro II de esta Ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.”.

En consecuencia, Fonasa tiene actualmente la función primordial y esencial de “financiar”, las prestaciones de salud.

2. El cuidado y los índices de salud desde 1979

Desde el momento en que Fonasa fue creado, los desafíos que enfrentan el cuidado, promoción y acciones de salud en nuestro país han evolucionado fuertemente.

Así, por un lado, la longevidad de nuestros ciudadanos impone desafíos al cuidado y tratamiento de una población que envejece muy rápidamente. Mientras para el quinquenio 1975-1980 la esperanza de vida al nacer era promedio de 67,2 años, en el año 2016 llegó a 80,2[1].

Junto a esto, hemos visto desde los años sesenta una disminución relevante en el número de hijos por mujer, lo que hace que se espere que a 2035 existan más personas

[1] https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm

mayores de 65 años que menores de 15 años en nuestro país[2].

Del mismo modo, las causas de muerte de la población también han ido mutando con los cambios demográficos. La principal causa de muerte en 1980 eran las enfermedades del sistema circulatorio, con un 27% del total, y el cáncer representaba solo un 15%. A 2016 el cáncer ya pasaba a ser un 25% del total[3].

Por otro lado, enfermedades crónicas como la diabetes[4] y condiciones de salud como la obesidad[5], han aumentado su prevalencia de tal forma que han requerido políticas públicas específicas para abordar estas situaciones, que implican un reto sanitario muy distinto al que tenía el sistema público de salud cuando Fonasa fue creado.

Una población que envejece, con enfermedades crónicas que implican una presión de gastos al sistema y cuidados de largo plazo, modifican la acción y conducta que debe sostener un sistema de salud.

Así, la situación epidemiológica descrita genera desafíos que requieren una nueva institucionalidad para ser abordados de manera adecuada.

3. Las reformas a Fonasa

Desde su creación, Fonasa ha tenido algunas modificaciones legales. La que implicó mayores cambios, fue la denominada Reforma a la Salud contenida en la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud.

---

[2] Fuente: INE. Estimaciones y proyecciones de la población de chile 2002-2035 totales regionales, población urbana y rural. Junio 2019

[3] Fuente: OECD.stat Causes of mortality.

[4] De acuerdo a los últimos datos de la OECD la prevalencia de adultos en Chile es de 8.5%, mientras el promedio de los países miembros es de 6.4% (OECD: Health at a Glance 2019)

[5] El porcentaje de la población chilena mayor de 15 años que muestra un índice de masa corporal superior a 25 (sobrepeso u obesidad) es de 74,2%, mientras que el promedio de los países miembros es de 55,6%. OECD: Health at a Glance 2019.

En el Mensaje de dicha ley el ex Presidente de la República Sr. Ricardo Lagos Escobar, menciona como una de las materias que debía abordar dicha reforma a la salud, el establecimiento de un conjunto sistemático de acciones de salud[6], las cuales se materializarían a través de la determinación de un conjunto de enfermedades y condiciones de salud priorizadas[7]. Para ello, en el mismo punto se dice que "Este componente debe ser obligatoriamente asegurado a los beneficiarios, tanto del Fondo Nacional de Salud como de las Instituciones de Salud Previsional, instituciones que deben ser responsables del cumplimiento de las garantías explicitadas", y agrega "En el caso del Fondo Nacional de Salud, si la oferta pública no fuera suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes, dicha institución deberá comprar aquellas prestaciones necesarias en el sector privado.".

Entrega esta ley, por tanto, un mandato a Fonasa: asegurar a sus beneficiarios el acceso a un conjunto de atenciones de salud. Fonasa, para estas prestaciones, deja de ser un mero financiador como le fue mandatado por el decreto ley N° 2.763, y pasa a "asegurar" ciertas atenciones a sus beneficiarios.

Desde entonces, distintas administraciones de Fonasa han incluido la palabra "asegurar" en las políticas de desarrollo institucional e incluso la han incorporado como "Misión" comenzando a utilizarse el término "Seguro Público" para hacer referencia a un rol distinto y con la intención de que Fonasa dejara de ser "una mera caja pagadora" y pasara a ser un verdadero asegurador.

Sin embargo, a pesar del aumento de problemas de salud garantizados a través de

[6] Punto xxii, Mensaje N° 1-347 del 22 de mayo de 2002.

[7] Punto xxiii, Mensaje N° 1-347 del 22 de mayo de 2002.

las Garantías Explícitas en Salud, que a la fecha suman 85, ellas están aún lejos de representar la totalidad de acciones prioritarias de salud que los tiempos actuales requieren.

En el resto de las acciones de salud que realiza tanto la atención primaria como la secundaria y terciaria, Fonasa sigue actuando como mero financiador de prestaciones.

II. FUNDAMENTOS DEL PROYECTO

1. Los desafíos de la salud pública

De acuerdo al estudio de la OCDE sobre salud pública en Chile, "Hacia un futuro más sano, evaluación y recomendaciones", "Chile tiene un sistema de salud y arquitectura de salud pública en buen funcionamiento, bien organizado y gobernado en forma efectiva"[8].

A pesar de ello hay deficiencias y desafíos importantes que se vienen evidenciando desde hace años, y se reflejan, por ejemplo, en listas de espera de intervenciones quirúrgicas[9] no contempladas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, o listas de espera para consultas de especialistas o exámenes, así como el alto gasto de bolsillo en salud.

Estos problemas de acceso y, oportunidad, y protección financiera también se ven reflejados en las demandas ciudadanas.

De acuerdo a las cifras reportadas por la OCDE[10], mientras el tiempo de espera promedio para una cirugía de cataratas[11] en

---

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

[9] A marzo de 2019 había 250.968 intervenciones quirúrgicas en listas de espera no-GES que en promedio esperaban 331 días para ser resueltas. (Fuente: Minsal)

[10] OECD Health Statistic 2019.https://www.oecd-ilibrary.org//sites/e61cc657-en/index.html?itemId=/content/component/e61cc657-en&mimeType=text/html#

[11] Cabe recordar que el tratamiento quirúrgico de cataratas es uno de los primeros problemas de salud garantizados en GES y tiene una garantía de oportunidad de 180 días desde la sospecha.

Chile es de 121 días, el promedio de los países OCDE es de 129 días, levemente superior, sin embargo, en cirugías de prótesis de cadera[12] o de rodilla, Chile tiene los tiempos de espera más largos de los países OCDE, con 433 y 861 días promedio respectivamente, en circunstancias que el promedio de la OCDE está en 161 y 227 días respectivamente.

Por otro lado, al observar las cifras de gasto de bolsillo en Chile, éste representa un 35,1% del total del gasto en salud[13], mientras que en el promedio de países OCDE es de 20%. Este gasto de bolsillo es principalmente en medicamentos (36% en el promedio OCDE y 35,8% en Chile)[14].

En efecto, la encuesta de la Superintendencia de Salud, "Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017" [15] ,refleja algún grado de disconformidad de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Este descontento se concentra mayormente respecto al acceso a atención hospitalaria y los tiempos de espera en las urgencias y hospitales, la ausencia de especialistas, las esperas para la atención en oficinas de Fonasa y el que no sea posible comprar bonos (reembolso previo a la atención) en todos los centros de salud, así como el temor de no saber si se cuenta con los recursos necesarios para enfrentar una situación de accidente o enfermedad grave.

En una encuesta reciente [16] de la Asociación de Municipalidades de Chile, a

---

[12] La "Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa" es el problema N°12 del GES, mientras que para rodillas sólo está garantizado el tratamiento médico en personas mayores de 55 años.

[13] Fuente: OCDE. stat, cifra proyectada para 2018

[14] Fuente: CEP. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Autores: Alejandra Benítez, Andrés Hernando y Carolina Velasco. Puntos de Referencia, Edición Digital Nº 491 octubre 2018, INE

[15] "Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017". Superintendencia de Salud – Universidad de Concepción. Febrero de 2018.

[16] Encuesta Nacional de opinión pública: Las prioridades de los chilenos y chilenas frente a las demandas sociales. Asociación de Municipalidades de Chile. Diciembre de 2019.

partir del estudio denominado "Visibilizando las Prioridades de los Ciudadanos en las Comunas de Chile. Diagnóstico de los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO)" (AMUCH, 2019), se identificaron 6 áreas claves donde convergen las principales prioridades ciudadanas, siendo "Salud Pública" una de ellas. En este aspecto, los problemas prioritarios de la salud pública están en el aumento de especialistas médicos (41,3%), la disminución de las listas de espera (26%), la mejora en la infraestructura de salud (21,2%) y la rebaja de los precios de medicamentos (11,5%).

2. Modelo de atención

El sistema de salud creado en Chile para la salud pública en el decreto ley N° 2.763 de 1979 y sus modificaciones posteriores, se organiza hoy con un Ministerio de Salud al que le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud; una Subsecretaría de Redes Asistenciales, que articula la red asistencial y vela por la atención a los beneficiarios del sistema; una Subsecretaría de Salud Pública que tiene a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas; y el Fondo Nacional de Salud, el cual es un servicio público descentralizado, al que, como se mencionó, le corresponde el financiamiento de las prestaciones de salud.

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

oportunidad de las prestaciones de salud de sus beneficiarios.

Es muy usual en los sistemas de salud que exista un mecanismo de control sanitario que permita clasificar y referenciar el tipo y uso de las atenciones médicas, lo cual además es deseable para tener un adecuado control o contención del gasto. Este rol, entre otros, lo cumple la atención primaria, la cual hace de "puerta de entrada" al sistema de salud público, ya que para que un usuario del Sistema Nacional de Servicios de Salud ("SNSS") tenga acceso a consultas de especialidades o posibles procedimientos o cirugías, debe primero pasar por un establecimiento de la red de Atención Primaria de Salud ("APS").

Un rol relevante que cumple la APS es que actúa como responsable de una población a cargo (adscrita a un consultorio), y esto le permite tener la función fundamental de facilitar del acceso en la red de los Servicios de Salud. La lógica del primer nivel de atención (APS) como puerta de entrada al sistema se basa en integrar y coordinar la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población, permitiendo que la atención de servicios especializados se dé en los establecimientos de atención secundaria o terciaria (hospitales).

Para los beneficiarios de Fonasa hay dos maneras de obtener atención médica sin dirigirse a un centro de APS: ir directamente al servicio de urgencia de un establecimiento de atención secundaria o terciaria, o hacer uso de la Modalidad de Libre Elección, la que se mantiene como opción de atención fuera de la red y con una cobertura financiera limitada en relación con el Plan de Salud Universal.

En el modelo de atención así definido, hay una serie de prestaciones que se efectúan en la APS –donde existe la obligación de

otorgar los servicios relacionados con el Plan de salud familiar y algunas de las garantías GES- y otras que son materia de resolución en los centros de atención secundaria y terciaria.

Las garantías de acceso que se entregan a los beneficiarios de Fonasa, se producen entonces en la APS a través del "Plan de Salud Familiar" que, si bien está explícito, no es del conocimiento de la población beneficiaria, y en los problemas de salud cubiertos por el GES.

En cuanto a garantías de oportunidad –tiempo máximo para brindar un servicio- los únicos servicios, salvo excepciones, que están contemplados dentro de dicha garantía son los de las GES.

Finalmente, en cuanto a protección financiera, hay una cobertura que depende del tramo de ingresos de los cotizantes y donde existe un copago de un 10% o un 20% para aquellos que tengan ingresos por sobre el ingreso mínimo. Todo esto, mientras se atiendan a través de los prestadores del SNSS.

El modelo de garantías establecidas en la ley N° 19.966 tiene una lógica que es importante destacar: un primer paso por centros de resolución primaria que diagnostican, tratan o derivan, privilegiando la atención ambulatoria, según sea el caso, y un segundo nivel de atención que resuelve las derivaciones más complejas. Todo esto, dentro de un esquema de garantías de acceso, oportunidad y protección financiera, en el caso de que el problema de salud se encuentre contenido dentro de las Garantías Explícitas en Salud.

Sin embargo, dicho modelo no está exento de dificultades o problemas. A pesar de las garantías de oportunidad con las que cuentan los problemas de salud GES, existe un número de "garantías retrasadas" que el sistema

mantiene y que – aunque corresponde al 0,23% del total[17] de garantías otorgadas- fluctúa entre las 6.000 y las 12.000. Por otro lado, para tener derecho a las garantías, las atenciones deben realizarse dentro de la red del SNSS y cuando a eso se le suman los tiempos de demora para una consulta, se puede estar ante escenarios de diagnósticos tardíos. Finalmente, estas garantías de oportunidad han demostrado la necesidad de complementar el otorgamiento de servicios con prestadores en convenio que no pertenecen a la red del SNSS.

El modelo tiene complejidades de articulación y resolución, por lo que es necesario mejorar la eficiencia, resolución y control sobre los servicios otorgados.

Adicionalmente, fuera de las Garantías Explícitas en Salud establecido en la ley N° 19.966, se generan listas de espera en todo lo que no es parte de ellas, las cuales no gozan de garantías de acceso u oportunidad.

3. Modelo de financiamiento

Los Servicios de Salud (hospitales de resolución secundaria y terciaria) reciben financiamiento por parte de Fonasa mediante 2 mecanismos: el primero asociado al Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), basado en la historia presupuestaria y no asociado a la actividad hospitalaria. El segundo, es denominado Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), mecanismo de "pago por prestaciones" realizadas.

El resultado de estos mecanismos de pago se refleja en un constante crecimiento de la diferencia entre el presupuesto definido en la Ley de Presupuestos del Sector Público para los Servicios de Salud y el gasto operacional finalmente ejecutado por los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, pasando del 11% de mayor gasto

[17] Durante 2018 se efectuaron 3.330.929 atenciones GES, de las cuales, a diciembre, quedaron retrasadas 7.593 (Fuente: Datawarehouse Fonasa)

en el año 2008 hasta alcanzar el 21,9% en el año 2017.

Los motivos de este desajuste creciente, no se solucionan con la entrega de recursos ilimitados. Muestra de ello es que el presupuesto del sector salud en los últimos 10 años (2011-2020) casi se ha triplicado sobre el crecimiento del país y casi se ha duplicado respecto al presupuesto nacional, sin que ello haya ido acompañado de una equivalente mejora en la atención y demanda de los pacientes, ni una disminución de las listas de espera.

En este sentido, tanto la deuda financiera como la deuda sanitaria que enfrenta el sector requieren generar los incentivos adecuados a cada uno de los actores y una propuesta de cambios en los mecanismos de pago.

En el modelo actual, las propias autoridades de los Servicios de Salud pueden contratar los servicios de instituciones externas (en el uso de las facultades contempladas en el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud), como la compra de servicios a sociedades médicas cuando no tienen capacidad o cuando lo creen necesario.

Uno de los problemas que esto implica es que muchas veces las autoridades que necesitan cumplir con garantías de oportunidad no tienen otra fórmula más que negociar con los propios médicos de su establecimiento para realizar las prestaciones atrasadas. Al no tener una capacidad negociadora relevante, los precios establecidos no tienen mayor control, lo cual se ve agravado por los problemas de gestión hospitalaria y eficiencia de los hospitales[18].

[18] Un reciente estudio de la Comisión Nacional de la Productividad, encargado por Mandato Presidencial y cuyos resultados preliminares fueron entregados en junio de 2019, muestran una serie de problemas evidenciados en la eficiencia hospitalaria y gestión de tiempos de espera quirúrgicos (no Ges) debido a problemas como el esquema de financiamiento, el ausentismo, y otros.

III. OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Principios de un modelo de salud

Muchas son las soluciones que los expertos han planteado para enfrentar los desafíos actuales en salud producto del cambio demográfico y epidemiológico con una población más envejecida, la innovación tecnológica que genera aumento de costos, las expectativas de los pacientes, y la inequidad[19] en el acceso a soluciones de salud, entre otros.

Un objetivo buscado por los países en la implementación y reformas de los sistemas de salud es obtener cobertura universal[20] más equitativa.

A fin de lograr la cobertura universal de salud, los países deben avanzar por lo menos en tres dimensiones: ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas, especialmente, aquella población en condiciones de mayor vulnerabilidad, reducir los pagos directos de bolsillo y mejorar las condiciones de equidad en el acceso a los servicios de salud.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades,

---

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

[20] "La cobertura universal de salud está en el centro de la acción actual para fortalecer los sistemas de salud y mejorar el nivel y la distribución de la salud y los servicios de salud"

En el 2005, los Estados Miembros de la OMS respaldaron la cobertura universal de salud como meta central y señalaron que "conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros" – extracto del libro "Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud"-Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. World Health Organization, 2014.

así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, asegurando al mismo tiempo que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar[21].

Una implementación exitosa de esta cobertura universal requiere, además del reforzamiento del primer nivel de atención, la creación de un "paquete de beneficios" ya que estos cumplen un rol fundamental respecto al avance hacia un sistema eficiente y efectivo de racionamiento de recursos, establecido bajo criterios claros de priorización que determinan la entrega de servicios de salud.

En particular, la definición de paquetes o conjunto garantizado de servicios de carácter progresivo para toda la población, está ligada a las dimensiones de tipo y cantidad de servicios a otorgar, de extensión de la población cubierta y de protección financiera.

[21] (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014).

Este conjunto de beneficios es entonces, a la luz de este proyecto, el establecimiento de un Plan de Salud Universal ("PSU"), que tendrá como componentes los servicios que se otorgarán -según prioridades definidas de acuerdo criterios objetivos, tales como el costo-efectividad, la prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación, y la protección contra riesgos financieros-, la población a la que llegarán, y la protección financiera que tendrán.

La creación y desarrollo de un Plan de Salud Universal es el eje de la reforma del sistema de salud chileno aquí planteado, el que busca ser el mismo para todas las personas con independencia de su sistema de salud (público o privado) con el cual se busca terminar con la inequidad en el acceso, y de esa forma, además, reducir el gasto de bolsillo, mejorando la protección financiera, y la oportunidad

2. Un nuevo Fonasa como respuesta a la demanda por una mejor salud en Chile

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

Existe un gran consenso en que debemos modificar la manera de organizarnos para hacer frente al reto que nos impone la promoción y cuidado de la salud.

Así como en la década de los cincuenta el país decidió no hacer más de lo mismo en materia sanitaria, creando un Sistema Nacional de Salud y procurando una acción decidida a nivel gubernamental con materias tan diversas como el acceso a agua potable y alcantarillado, la educación y la desnutrición infantil, hoy se plantea que

entre las soluciones se considere que Fonasa pueda cumplir un rol más activo en este esquema, fortaleciéndose con la finalidad de ser un verdadero "Seguro Público" que garantice el acceso, oportunidad y calidad de atenciones de salud a su población beneficiaria. Esto implica que progresivamente avance en asumir ese rol en el sistema de salud para sus beneficiarios.

El presente proyecto de ley se centra, principalmente, en:

a. La creación de un Plan de Salud Universal con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera.

b. La implementación de un nuevo modelo de atención basado en la creación de una red de prestadores definida por Fonasa y que es, sustancialmente, la red del SNSS, pudiendo complementarse a través de convenios suscritos entre Fonasa y otros prestadores.

c. Un nuevo rol para Fonasa, convirtiéndolo en el seguro público de salud, de manera de asegurar el otorgamiento del PSU en la red de prestadores definida.

d. Una nueva gobernanza de Fonasa, de manera de darle independencia y autonomía a su gestión, garantizando un espacio de gobierno y rendición de cuentas, con participación ciudadana, para dar respuesta a los desafíos de inequidad en el acceso.

e. Una reforma a la modalidad de libre elección de manera de entregarle principios de complementariedad sobre las prestaciones en el PSU y mecanismos de control, así como también la forma de incorporar prestadores para esta modalidad.

f. Un seguro de medicamentos ambulatorios cuya finalidad será contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la Canasta de Medicamentos del Seguro para los

beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo.

IV. CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de ley que someto a vuestra consideración, consta de cinco artículos permanentes y once artículos transitorios.

1.- Artículo 1°

Por el artículo 1° se 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, para concretar los objetivos perseguidos y que describimos más arriba, incorporando las siguientes modificaciones:

a) El Rol y finalidad de Fonasa

Para conferirle a Fonasa el rol de ser el seguro nacional de salud se modifica el artículo 49, estableciéndose que su objeto será asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan.

b) Las funciones de Fonasa

Unido a lo anterior, se reformulan las funciones de Fonasa contenidas en el artículo 50, incorporándose las siguientes:

- Le corresponderá asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios.
- Deberá establecer, en la forma que señale el reglamento, la red de prestadores de salud para el

otorgamiento del Plan de Salud Universal.
Se deja establecido que Fonasa debe considerar a los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud en la conformación de la red, y que solo en caso de no tener oferta suficiente para alguno o algunos servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o de no contar con la oferta geográfica requerida, podrá comprarlos a otros prestadores públicos o privados, en el orden de prelación que se establece.

- Deberá determinar los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el Plan de Salud Universal, y definir los métodos de pago o transferencia.
  En el ejercicio de esta facultad, Fonasa estará facultado para pactar, excepcionalmente, distintos precios de compra de un mismo servicio, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo.
- Le corresponderá fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal y sancionar las infracciones a las normas que rijan el Plan de Salud Universal y a las instrucciones que imparta de acuerdo a su potestad normativa.
- Estará facultado para ordenar la devolución o el no pago de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas, por los prestadores, por atenciones, soluciones de salud, medicamentos o insumos no otorgados, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido Plan.
- Podrá interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a los beneficiarios y entidades fiscalizadas.

- Estará facultado para dictar las normas técnico administrativas para la aplicación del Plan de Salud Universal.
- Podrá tratar todo tipo de datos personales, incluyendo los datos personales sensibles, de perfil biológico humano o de salud con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.
- Establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa.

c) Las adecuaciones de los Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados en Red

Como correlato del nuevo objeto de Fonasa, es preciso modificar algunas normas que rigen a los Servicios de Salud y a los Establecimientos Autogestionados en Red.

Entre ellas, se elimina su facultad de celebrar convenios con terceros para el otorgamiento de acciones de salud, toda vez que será Fonasa el obligado a asegurar que esas acciones se otorguen a través de la red que defina.

De este modo, los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red deberán concentrarse en otorgar las acciones de salud que sean capaces de hacer en sus propios recintos hospitalarios, de acuerdo a sus capacidades.

Por otra parte, se establece que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red, se financiarán principalmente a través de dos vías:

La primera, con los pagos que efectúe Fonasa por las acciones de salud otorgadas. La segunda, y considerando que habrá una parte del gasto de esos órganos que no será financiada por la compra que efectúe Fonasa, corresponderá a los aportes que se consulten

en la Ley Presupuestos del Sector Público de cada año.

d) Gobierno Corporativo de Fonasa. El Consejo Directivo

Se incorpora un nuevo Título III, en el Libro I que crea un Consejo Directivo compuesto por cinco miembros, incluido el Director de Fonasa, quien presidirá dicho Consejo.

Los consejeros serán nombrados por el Presidente de la República a través del Sistema de Alta Dirección Pública.

Entre las funciones de este Consejo, destacan:

- Aprobar los criterios para la selección de los prestadores que serán parte de la red y que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Proponer los precios de compra o asignaciones de transferencia de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal.
- Velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, calidad, eficiencia y transparencia, establecidos en el Plan de Salud Universal.
- Pronunciarse sobre el anteproyecto de presupuesto anual de Fonasa a presentar al Ministerio de Hacienda para su aprobación y tramitación en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que le someta a su consideración el Director.
- Evaluar la implementación del Plan de Salud Universal y establecer recomendaciones, las cuales podrán ser remitidas al Ministro de Salud.

e) El Consejo Consultivo

Se crea, también, en un nuevo Título IV del Libro I, un Consejo Consultivo compuesto por 10 miembros, cuyo nombramiento se efectuará por el Director de Fonasa y su objeto será asesorar al Consejo Directivo de

Fonasa en el análisis y evaluación del Plan de Salud Universal, y en la definición y evaluación de los planes institucionales, sin perjuicio de las demás materias en que el Consejo Directivo requiera su opinión y que sean de competencia de éste.

f) Las atribuciones de la Superintendencia de Salud

Consecuente con la nueva función de Fonasa de asegurar el Plan de Salud Universal, se modifican las atribuciones de la Superintendencia de Salud, para que ésta pueda fiscalizar el correcto otorgamiento del mencionado Plan.

g) Los nuevos beneficiarios de Fonasa

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

Es así como se incorporan como nuevos beneficiarios de Fonasa al conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil, en la forma establecida en la ley N° 20.830; y al cónyuge que carezca de ingresos propios.

h) El Plan de Salud Universal. Contenido, elaboración y vigencia

Se establece un Plan de Salud Universal, definido como un instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios

prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios, con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El proyecto regula extensamente el contenido del Plan de Salud Universal y el procedimiento de elaboración y aprobación.

- **Aprobación del Plan**

El Plan se fijará mediante un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

- **Contenido del Plan**

Los servicios considerados en el Plan son aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas, y contemplará, a lo menos, lo siguiente:

- Examen de Medicina Preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios Hospitalarios.
- Servicios de Urgencias.
- Maternidad y cuidado del recién nacido a que se refiere el artículo 139 de esta ley.
- Medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación.
- Servicios de laboratorio e imagenología.
- Servicios ambulatorios.
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios pediátricos
- Las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley N° 19.966.
- Las demás que se establezcan en leyes especiales.

Se señala que, sin perjuicio de las Garantías Explícitas de la ley N° 19.966, el Plan de Salud Universal contendrá las condiciones de acceso, de calidad y, cuando corresponda, de oportunidad de los servicios.

- **Otorgamiento del Plan**

El Plan será otorgado por la red de prestadores que defina Fonasa, estableciéndose perentoriamente que no se otorgará cobertura alguna a servicios de atención de salud que no se incluyan en el plan de salud o que sean prestados fuera de la red de prestadores. Sin embargo, respecto de prestadores en convenio de libre elección, podrán tener la cobertura financiera que corresponda de acuerdo a la nueva regulación.

- **Elaboración del Plan**

En la elaboración del Plan de Salud Universal participará:

- El Ministerio de Hacienda, que definirá los recursos disponibles para elaborar el Plan.
- El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, la que realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan. Además, la Subsecretaría de Salud Pública deberá hacer una recomendación priorizada de los servicios a incorporar al PSU.
- El Consejo Directivo de Fonasa que se pronunciará sobre la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados y sobre los precios de los servicios que componen el Plan.

- **Vigencia del Plan**

El Plan de Salud Universal tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente.

El Plan de Salud Universal y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan razones de salud pública.

- **Protección financiera del Plan**

Los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa, tendrán una protección financiera no menor al 80%. Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, tendrán una protección financiera del 100% para los servicios contenidos en el mencionado Plan, así como también las personas mayores de60 años.

i) La Modalidad de Libre Elección

Respecto de la Modalidad de Libre Elección (MLE), ésta seguirá existiendo, pero de una forma distinta.

Para ello, se incorporan las siguientes reglas de la nueva MLE:

- Para otorgar prestaciones en MLE, tratándose de profesionales de la salud, bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa. Pero tratándose de establecimientos o entidades asistenciales, Fonasa, en conformidad a las disposiciones de la ley 19.886, determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta

Modalidad, entre los cuales se seleccionarán las ofertas que resulten más convenientes.

- Se eliminan todas las coberturas especiales que hoy contiene el artículo 143, indicándose ahora que la bonificación que efectúe Fonasa no excederá el 60% del valor que corresponda a la protección financiera del Plan de Salud Universal y que por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados que serán mayores.

j) Fiscalización y sanciones

Fonasa deberá asegurar el cumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal. Asimismo, deberá velar por el correcto uso de los recursos que se paguen por los servicios contenidos en él, incluidos los otorgados a través de la Atención Primaria de Salud. Por ello se establece que, de oficio o por denuncia se pueda fiscalizar a los prestadores, públicos o privados, y en caso de constatar contravenciones a las normas que regulan el Plan de Salud, sancionar el incumplimiento con alguna de las medidas que se establecen, luego de un proceso sancionatorio tramitado en conformidad a las normas que se establecen y, supletoriamente de acuerdo a las disposiciones de la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado.

k) Seguro de Medicamentos

El nuevo artículo 144 incorpora la creación de un seguro de medicamentos

genéricos ambulatorios para los beneficiarios de Fonasa, quienes tendrán derecho a acceder a una canasta de medicamentos que compre la Cenabast que le hayan sido recetados, debiendo pagar sólo parte de su valor.

2.- Artículo 2°

El artículo 2° del proyecto de ley, modifica el artículo 49 de la ley N° 19.378, que contiene el Estatuto de Atención Primaria de salud.

Actualmente, el referido precepto señala que cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según los siguientes criterios: a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas; b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud; c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna; y, d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

Agrega la norma que el aporte se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y Seguridad Pública y de Hacienda. Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b), c) y d) precedentes, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la

determinación y transferencia del indicado aporte.

El proyecto de ley propone sustituir los incisos primero y segundo del artículo 49, estableciendo que el aporte provendrá del Ministerio de Salud y de Fonasa; y que dicho aporte se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otras. Dichos criterios serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministerios del Interior y Seguridad Pública y Hacienda.

3.- Artículo 3°

Como consecuencia de que la red de prestadores a cargo del otorgamiento de las atenciones contenidas en el Plan de Salud Universal será definida por Fonasa, no resulta procedente que los Servicios de Salud y los Establecimientos Autogestionados en Red mantengan la atribución de comprar ellos las prestaciones de salud.

Por eso, se deroga el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que permite que un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituya a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste, sin perjuicio de la atención que podrá prestarse a otras personas conforme al convenio y de acuerdo a las normas que rigen al Servicio.

4.- Artículo 4°

Se modifica el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios

por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, en el sentido de precisar que para efectos de tener derecho al subsidio de incapacidad laboral, en el caso de los beneficiarios de Fonasa, la licencia médica deberá ser emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU, o bien esté inscrito o en convenio de MLE.

5.- Artículo 5°

Se establece que a contar de la entrada en vigencia la norma que modifica el nombre del Fondo Nacional de Salud, todas las menciones que las leyes, reglamentos y otras normas hagan a "Fondo Nacional de Salud" o al "Fondo", deben entenderse hechas a "Fonasa".

6.- Artículos transitorios

a) Artículo primero transitorio

Este artículo trata de la vigencia del primer decreto que contenga el PSU.

Se establece que deberá regir desde el 1 de enero del año siguiente a la fecha de publicación de la ley y durará hasta el 31 de diciembre de dicho año.

No obstante, y con el objetivo de que exista el suficiente tiempo para su implementación, se establece que, si entre la publicación de la ley y el 1 de enero existen menos de 6 meses, el referido decreto debe entrar en vigencia el primer día del séptimo mes siguiente a la referida publicación y durará, igualmente, hasta el 31 de diciembre de dicho año. Así, por ejemplo, si la ley se publica en septiembre de un año, el primer decreto regirá desde el 1 de abril del año siguiente.

Al primer decreto no le será aplicable el procedimiento de elaboración del Plan de

Salud Universal, especialmente las normas contenidas en los nuevos artículos 148 E y siguientes que se incorporan al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fijó 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 Ministerio de Salud.

b) Artículo segundo transitorio

Este artículo se ocupa de la vigencia de las modificaciones que el artículo 1° introduce al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fijó 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 Ministerio de Salud.

La regla general es que las modificaciones comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del decreto supremo que establezca el primer Plan de Salud Universal, salvo las excepciones siguientes:

1.- Regirán desde la publicación de la ley las siguientes materias:

a) La eliminación de la facultad de celebrar convenios por parte de los Servicios de Salud y de los Establecimientos Autogestionados en Red para que un tercero tome a su cargo el otorgamiento de prestaciones.

b) La facultad de los Servicios de Salud para celebrar convenios con Fonasa por las atenciones y soluciones que otorguen en el marco del Plan de Salud Universal.

c) Las nuevas atribuciones de Fonasa, especialmente las incorporadas al artículo 50 del mencionado decreto con fuerza de ley.

d) Las letras f) y g) nuevas del artículo 136 que incorporan dos clases de beneficiarios.

e) Las modificaciones referentes a la Modalidad de Libre Elección.

f) Las normas sobre fiscalización y sanciones.

2.- Las normas sobre Consejo Directivo de Fonasa y el Consejo Consultivo y sus atribuciones, regirán desde la fecha en que entren en vigencia los reglamentos relacionados con ellos.

3.- Las normas sobre seguro de medicamentos entrarán en vigencia con la publicación en el Diario Oficial del reglamento sobre la materia.

c) Artículo tercero transitorio

Se señala que mientras no entre en vigencia el decreto supremo que determina los porcentajes específicos de bonificación que efectuará Fonasa en materia de MLE, continuarán aplicándose las bonificaciones que estuvieren vigentes con anterioridad a la publicación de la ley.

d) Artículo cuarto transitorio

Se propone que el artículo 2° del proyecto de ley entre a regir una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento que señala el artículo 49 de la ley N° 19.378 que se modifica.

e) Artículo quinto transitorio

La derogación del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud a que se refiere el artículo 3° del proyecto de ley, entrará a regir en la fecha de publicación de esta ley; no obstante, se establece que aquellos convenios vigentes a dicha fecha surtirán efectos hasta completar el año de vigencia que esté en curso y no podrán ser renovados automática ni expresamente.

f) Artículo sexto transitorio

Se establece que los reglamentos mencionados en los artículos 1° y 2° del proyecto de ley, deberán ser dictados dentro

de los 6 meses siguientes a la publicación de la ley en el Diario Oficial.

g) Artículo séptimo transitorio

El artículo séptimo transitorio establece que mediante uno o más decretos supremos emitidos por el Ministerio de Salud, suscritos además por el Ministro de Hacienda, se deberán regular las siguientes materias:
1.- El proceso de transición desde la modalidad de atención institucional a la implementación del Plan de Salud Universal.
2.- La cobertura financiera que se otorgará por las atenciones que aún no se incorporen al Plan de Salud Universal y que seguirán siendo financiadas de acuerdo a la modalidad de atención institucional.

Se establece además que este proceso de transición no podrá exceder de 5 años contados desde la vigencia del primer decreto que contenga el PSU.

h) Artículo octavo transitorio

Este precepto señala que, en la primera designación de los miembros del Consejo Directivo de Fonasa se efectuará dentro de los 90 días siguientes a la fecha de publicación de la ley en el Diario Oficial, y en esta, dos de los cuatro miembros (excluido el Director de Fonasa) durarán tres años; lo que permitirá que se vayan alternando los nombramientos cada tres años.

i) Artículo noveno transitorio

Dada las numerosas modificaciones al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se introducen en el artículo 1° de este proyecto, se faculta al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de la ley, establezca mediante un decreto con fuerza de ley, expedido por el Ministerio de Salud, el texto

refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Este decreto con fuerza de ley será denominado "Ley General de Salud".

j) Artículo décimo transitorio

El artículo décimo transitorio establece que el Presidente de la República mediante uno o más decretos podrá modificar el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, pudiendo crear, suprimir o modificar partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes.

k) Artículo décimo primero transitorio

Finalmente, se dispone que durante el primer año presupuestario de vigencia de la ley, el gasto que represente su aplicación, será financiado con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud y, en lo que faltare, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dicho presupuesto con cargo a los recursos de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público. Para los años siguientes, el gasto que represente la aplicación de la ley, se financiará de acuerdo con lo que determinen las respectivas Leyes de Presupuestos del Sector Público.

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente

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

Artículo 1°.- Modifícase el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fija 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 Ministerio de Salud, del siguiente modo:

1. Suprímase, en el inciso primero del artículo 17, la siguiente expresión: "y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley".

2. Modifícase el inciso segundo del artículo 18, de la siguiente manera:

a) Reemplázase la expresión "o tengan convenios con éstos" por la siguiente: "o tengan convenios con Fonasa".

b) Reemplázase la frase "aportes financieros por tipo de población" por la siguiente "mecanismos de aportes financieros.".

c) Reemplázase el punto aparte por un punto y coma, y agrégase la siguiente oración: "o por Fonasa en el caso de los establecimientos con convenio con éste, en lo que diga relación con el Plan de Salud Universal.".

3. Modifícase el artículo 23 de la siguiente manera:

a) Incorpórase en su literal e) a continuación de la conjunción "y" y la palabra "proponer", la frase ", en lo que no tenga relación con el Plan de Salud Universal".

b) Incorpórase en su literal f) a continuación de la frase "los establecimientos," y antes de "de acuerdo", la frase "en lo que no tenga relación con el Plan de Salud Universal,".

c) Derógase la letra i.

4. Modifícase el artículo 29 del siguiente modo:

a) Sustitúyase la letra a) por la siguiente:

"a) Con los pagos que efectúe Fonasa por los servicios que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta ley, en el marco del Plan de Salud Universal. En este caso, Fonasa pagará el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y comprometerá la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público realice;".

b) Intercálase, a continuación de la letra b), la siguiente letra c), nueva, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

"c) Con los aportes que se consulten en la Ley Presupuestos del Sector Público de cada año;".

5. Modifícase el inciso primero del artículo 36 del siguiente modo:

a) Reemplázase el párrafo primero del literal g) por el siguiente:

"Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, que no sean propias o habituales del Establecimiento. En ningún caso podrá contratar uno o algunos de los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal.".

b) Derógase la letra j).

c) Derógase el párrafo segundo de la letra k).

d) Sustitúyase a letra n) por la siguiente:

"n) Celebrar convenios con Fonasa por los servicios que se otorguen en el marco del Plan de Salud Universal.".

e) Intercálase en la letra ñ) a continuación de la palabra "prestaciones" lo siguiente: ", no contempladas en los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal, en la medida que existan los recursos disponibles.".

f) Derógase la letra v).

6. Modifícase el artículo 42 de la siguiente forma:

a) Sustitúyase la letra a), por la siguiente:

"a) Con aquellos pagos que le efectúe Fonasa por los servicios que otorgue a los beneficiarios del Libro II de esta ley, en el marco del Plan de Salud Universal. En este caso, Fonasa pagará el valor o precio de los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal para un año determinado y comprometerá la compra de la totalidad de la capacidad de servicios que el prestador público realice;".

b) Derógase la letra b).

7. Modifícase el artículo 49 de la siguiente manera:

a) Reemplázase en el inciso primero la frase "el Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fondo, que será" por "el Fonasa, que será el Seguro Nacional de Salud,".

b) Agrégase en el inciso primero, a continuación del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración: "Estará sujeto a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.".

c) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Fonasa tendrá por objeto asegurar el otorgamiento del Plan de Salud Universal al que tendrán derecho sus beneficiarios. Asimismo, deberá velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso y, cuando corresponda, de oportunidad, de los servicios definidos en dicho plan.".

d) Reemplázase en el inciso tercero, las palabras "Fondo Nacional de Salud" por "Fonasa".

8. Modifícase el artículo 50 del siguiente modo:

a) Sustitúyase, la expresión "Fondo" o "Fondo Nacional de Salud", todas las veces que aparece, por "Fonasa".

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra b), nueva, pasando la actual letra b) a ser letra c):

"b) Asegurar el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de sus beneficiarios.".

c) Reemplázase la actual letra b), que ha pasado a ser letra c), por la siguiente:

"c) Establecer, en la forma que señale el reglamento, la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal.

En el ejercicio de esta facultad, Fonasa utilizará los servicios de los prestadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

De no tener oferta suficiente para alguno o algunos de los servicios contemplados en el Plan de Salud Universal por parte de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o de no contar con la oferta geográfica requerida, podrá contratarlos con otros prestadores tales como

universitarios, institucionales de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, sin fines de lucro u otros, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo establecido en el artículo 54 Ay en conformidad a las disposiciones de la ley N° 19.886.”.

d) Sustitúyase la actual letra c), que ha pasado a ser letra d), por la siguiente:

“d) Determinar, mediante resolución, los mecanismos de compra de los servicios incorporados en el Plan de Salud Universal, y definir los métodos de pago o transferencia.

Previo a la dictación de la resolución a que se refiere este literal, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda deberá pronunciarse fundadamente en un plazo máximo de 10 días.

En el ejercicio de esta facultad, Fonasa estará facultado para pactar, excepcionalmente, distintos precios de compra de un mismo servicio, de acuerdo a los criterios fijados por el Consejo Directivo establecido en el artículo 54 A.

En el caso de las acciones de atención primaria contempladas en el Plan de Salud Universal, Fonasa financiará dichas acciones a través de los mecanismos establecidos en el artículo 49 de la ley N° 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal.”.

e) Intercálase, a continuación de la letra c) que ha pasado a ser letra d), las siguientes letras e), f), g), h) e i), nuevas, reordenándose los literales siguientes de manera correlativa:

“e) Fiscalizar el otorgamiento de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal a que tienen derecho sus beneficiarios. La fiscalización se hará de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 148 R y siguientes de esta ley.

f) Sancionar las infracciones a las normas que rijan el Plan de Salud Universal y a las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a su potestad normativa. Las sanciones se aplicarán en conformidad a lo dispuesto en la Sección 5 del Párrafo 2° del Capítulo 2 del Libro II de esta ley.

g) Ordenar la devolución del pago o no pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas, por los prestadores, por atenciones, soluciones de salud, medicamentos o insumos no otorgados, como, asimismo, la

devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido Plan.

h) Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a los beneficiarios y entidades fiscalizadas;

i) Dictar las normas técnico administrativas para la aplicación del Plan de Salud Universal;

f) Sustitúyase la actual letra g), que ha pasado a ser letra m), por la siguiente:

"m) Tratar todo tipo de datos personales, incluyendo los datos personales sensibles, de perfil biológico humano o de salud con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

Para los efectos previstos en esta letra, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Especialmente, podrá requerir a los establecimientos de salud, públicos o privados, la información necesaria para caracterizar el riesgo sanitario y financiero de su población beneficiaria, tales como ficha clínica, facturación, diagnóstico o tratamiento, entre otras.

Toda persona que, en el ejercicio de su cargo, tenga acceso a esta información, deberá guardar reserva y confidencialidad respecto de la misma y abstenerse de usarla con una finalidad distinta de la que corresponda a sus funciones, debiendo dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, en lo referente al tratamiento de datos personales;".

g) Incorpórase una letra o), nueva, del siguiente tenor:

"o) Establecer un seguro de medicamentos ambulatorios al que tendrán derecho todos los beneficiarios de Fonasa, en la forma que señala el artículo 144 de la presente ley.".

9. Sustitúyase el inciso segundo del artículo 52, por el siguiente:

"El Director será el jefe superior de Fonasa y, a su vez, el Presidente del Consejo Directivo a que se refiere

el Título III de este Capítulo, y tendrá su representación judicial y extrajudicial.”.

10. Agrégase, en el Capítulo III del Libro I, los siguientes Títulos III y IV, nuevos, pasando el actual Título III, a ser Título V:

“TÍTULO III
Del Consejo Directivo de Fonasa

Artículo 54 A. Creación y composición del Consejo Directivo. - Establécese en la estructura interna de Fonasa un Consejo Directivo, el que estará compuesto por 5 miembros, uno de los cuales será el Director de Fonasa.

El Director de Fonasa será el Presidente del Consejo Directivo.

Los restantes cuatro miembros serán nombrados por el Presidente de la República y seleccionados conforme al párrafo 3 del Título VI de la ley N° 19.882. Estos 4 consejeros deberán cumplir, al menos, con los siguientes requisitos:

1. Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la salud y haber ejercido cargos públicos o privados relacionados con el área de la salud.

2. Dos miembros deberán contar con una experiencia de al menos 10 años en el campo de la economía, seguros o finanzas, y haber ejercido cargos públicos o privados de gestión relacionados con el área de la salud, de seguros de salud, o prestadora de servicios de salud.

En la conformación del Consejo deberán estar representados ambos géneros.

Los miembros del Consejo Directivo, a excepción del Presidente del Consejo, durarán seis años en sus cargos y se elegirán por pares, alternadamente cada tres años, no pudiendo ser designados inmediatamente por un nuevo período.

Artículo 54 B. Dieta del Consejo Directivo. - Los integrantes del Consejo, excluido el Director de Fonasa, percibirán una dieta en pesos equivalente a 12 unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de 72 unidades de fomento por cada mes calendario.

Artículo 54 C. Declaración de patrimonio e intereses. - Los consejeros estarán obligados a realizar las declaraciones de patrimonio e intereses a que se refiere el título II de la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses.

Artículo 54 D. Funciones del Consejo Directivo. - Al Consejo Directivo le corresponderán las siguientes funciones:

a) Aprobar los criterios para la selección de los prestadores que serán parte de la red y que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud velando por un procedimiento que asegure transparencia, calidad en los servicios, y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

b) Proponer los precios de compra o asignaciones de transferencia de los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal.

c) Velar por el cumplimiento de los principios de universalidad, calidad, eficiencia y transparencia, establecidos en el Plan de Salud Universal.

d) Pronunciarse sobre el anteproyecto de presupuesto anual de Fonasa a presentar al Ministerio de Hacienda para su aprobación y tramitación en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que le someta a su consideración el Director.

e) Pronunciarse sobre los estados financieros trimestrales y anuales de Fonasa que deberá presentarle el Director de Fonasa.

f) Proponer al Director las medidas que juzgue necesarias para el mejor funcionamiento del Plan de Salud Universal y absolver las consultas que le realice el Director de Fonasa.

g) Evaluar el funcionamiento del Plan de Salud Universal y establecer recomendaciones, las cuales podrán ser remitidas al Ministro de Salud.

h) Conocer y proponer recomendaciones sobre los planes institucionales de Fonasa. Para tal efecto, el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por Fonasa durante el año.

i) Pronunciarse sobre los mecanismos de compra y pago a los prestadores.

j) Las demás funciones y atribuciones que le confiera la ley y los reglamentos.

Para el ejercicio de estas funciones, el Director de Fonasa deberá proponer las materias indicadas que se someten a decisión del Consejo Directivo, el cual deberá pronunciarse, aprobando o rechazando, en el plazo máximo de diez días corridos, el cual podrá prorrogarse por una sola vez. Vencido este plazo sin que exista pronunciamiento se entenderá aprobada la propuesta del Director de Fonasa.

Artículo 54 E. Funcionamiento del Consejo Directivo.- El Consejo Directivo elegirá de entre sus miembros un vicepresidente, quien tendrá por única función reemplazar al Presidente en caso de que este último se ausente o esté imposibilitado de asistir al consejo.

El Consejo Directivo contará con un Secretario Ejecutivo que será responsable de las actas de sesiones, el que será provisto por el Director a proposición del Consejo.

El Consejo Directivo sesionará con la asistencia de al menos tres de sus miembros, debiendo adoptar sus acuerdos con el voto favorable de tres de los asistentes.

Fonasa proporcionará al Consejo el apoyo administrativo y técnico que sea necesario para el cumplimiento de sus funciones.

El presupuesto de Fonasa deberá considerar recursos suficientes para que el Consejo Directivo pueda encargar estudios o informes que estime necesarios.

Fonasa deberá mantener a disposición permanente del público, a través de sus sitios web electrónicos, los acuerdos, y todo otro acto realizado en el cumplimiento de sus funciones.

Un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud, previa propuesta del Consejo Directivo, establecerá las normas de funcionamiento del Consejo.

Artículo 54 F. Cesación de funciones.- Los miembros del Consejo Directivo, con excepción del Director de Fonasa, serán inamovibles. Sólo podrán cesar en sus funciones por alguna de las siguientes causales:

1.- Expiración del plazo por el que fue nombrado.

2.- Renuncia aceptada por el Presidente de la República.

3.- Incapacidad síquica o física para el desempeño del cargo.

4.- Falta grave en el cumplimiento de sus obligaciones como Consejero, en conformidad con lo establecido en el artículo 54 H.

5.- Sobreviniencia de alguna de las situaciones de incompatibilidades indicadas en el artículo 54 G.

Respecto de las causales de los números 3 y 4, el Presidente de la República calificará su concurrencia, previa propuesta de forma unánime por los otros Consejeros, y decretará el cese de las funciones, procediéndose a la designación de un nuevo consejero. La designación estará sujeta al mismo procedimiento dispuesto en el artículo 54 A. En el caso en que el tiempo restante de nombramiento fuere menor a un año contado desde el cese, el Presidente de la República podrá nombrar un nuevo consejero directamente. El consejero designado conforme a este artículo durará por el periodo que le hubiese restado al consejero que reemplazó.

Artículo 54 G. Incompatibilidades e inhabilidades. - El desempeño de las labores de consejero será compatible con el ejercicio profesional y labores académicas.

Sin perjuicio de lo anterior, el cargo de consejero será incompatible con cargos de elección popular. Esta incompatibilidad regirá desde la inscripción de las candidaturas, mientras ejerza dicho cargo, y hasta cumplidos seis meses desde la fecha de la respectiva elección o cesación en el cargo, según correspondiere.

El cargo de consejero también será incompatible con el ejercicio profesional de cargos directivos de un prestador de salud, de una Institución de Salud Previsional o sus empresas relacionadas, en conformidad con lo establecido en el artículo 100 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

No podrán ser designados consejeros los miembros del Tribunal Constitucional, los Ministros de la Corte Suprema, consejeros del Banco Central, el Fiscal Nacional del Ministerio Público, ni las personas que conforman el alto mando de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

Los cargos de consejeros son incompatibles con los de ministros de Estado, subsecretarios, delegado presidencial regional y provincial; miembros del Escalafón Primario del Poder Judicial; secretario y relator del Tribunal Constitucional; fiscales del Ministerio Público; miembros del Tribunal Calificador de Elecciones y su secretario-relator; miembros de los tribunales electorales regionales, sus suplentes

y sus secretarios-relatores; miembros de los demás tribunales creados por ley; funcionarios de la Administración del Estado, y miembros de los órganos de dirección de los Partidos Políticos.

No podrán desempeñarse como miembros del Consejo las personas que hubieren sido condenadas por delito que merezca pena aflictiva o inhabilitación perpetua para desempeñar cargos u oficios públicos, por delitos de prevaricación, cohecho y, en general, aquellos cometidos en ejercicio de la función pública, delitos tributarios, delitos contemplados en la ley N° 18.045, de Mercado de Valores y, en general, por delitos contra la fe pública.

Los consejeros deberán abstenerse de participar y votar cuando se traten materias o se resuelvan asuntos en que puedan tener interés. Además, deberán informar al Consejo el conflicto de intereses que les afecta de conformidad a lo establecido en el reglamento.

Artículo 54 H. Faltas graves. – Se considerarán faltas graves en el cumplimiento de sus obligaciones como consejeros, las siguientes:

a. La inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas, o a seis sesiones durante un semestre calendario.

b. Haber incluido datos inexactos, o haber omitido información relevante en su declaración de patrimonio e intereses.

c. Haber intervenido o votado en acuerdos que incidan en operaciones en las que él, su cónyuge, conviviente civil o sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad, inclusive, tengan un interés de carácter patrimonial.

TÍTULO IV
Del Consejo Consultivo

Artículo 54 I. Consejo Consultivo.- Existirá un Consejo Consultivo, en adelante el Consejo Consultivo, que estará compuesto por 10 miembros, cuyo nombramiento se efectuará por el Director y su objeto será asesorar al Consejo Directivo de Fonasa en las siguientes materias:

a) En el análisis y evaluación del Plan de Salud Universal.

b) En el análisis y evaluación de la garantía de acceso y calidad contemplado en el Plan de Salud Universal.

c) En la evaluación de los planes institucionales de Fonasa. En el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por Fonasa durante el año.

d) En las demás materias en que el Consejo Directivo requiera su opinión y que sean de competencia de éste.

Los análisis, evaluaciones y opiniones que emita el Consejo Consultivo no serán vinculantes para el Consejo Directivo, pero éste estará obligado a emitir informes fundados que se hagan cargo de ellos.

Los miembros del Consejo Consultivo estarán afectos a las mismas causales de remoción e inhabilidad que los miembros del Consejo Directivo, conforme a lo dispuesto en los artículos 54 F, 54 G y 54 H de esta ley.

Asimismo, al momento de asumir su encargo deberán presentar una declaración de intereses que contenga la individualización de las actividades profesionales, laborales, económicas, gremiales o de beneficencia, sean o no remuneradas, que realice o en que participe.

Artículo 54 J. Gastos y nombramiento.- Los miembros del Consejo Consultivo no percibirán remuneración alguna por su desempeño, y permanecerán en sus cargos por un período de tres años, y su designación no podrá renovarse para el período que le siga inmediatamente.

Sin perjuicio de lo anterior, Fonasa deberá hacerse cargo del traslado y estadía de aquellos miembros del Consejo Consultivo que deban desplazarse desde otra región al lugar en que se desarrolle la sesión respectiva, en todo caso el gasto que irrogue esta obligación, no podrá ser superior al viático equivalente al grado 5 de la EUS.

Artículo 54 K. Reglamento del Consejo Consultivo.- Un reglamento, expedido por el Ministerio de Salud, determinará las siguientes materias:

a) Procedimientos de designación de los miembros del Consejo Consultivo.

b) Integración paritaria de representantes de beneficiarios de Fonasa, de gremios de la salud y prestadores institucionales, públicos y privados.

c) Quórums para sesionar y adoptar acuerdos, así como la forma en que se elegirá a la persona que presida el Consejo Consultivo.

d) Periodicidad de las sesiones y la forma en que se citarán.

e) Toda otra materia que se requiera para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo y su funcionamiento considerando los principios de participación social, probidad, independencia, ética y transparencia.”.

11. Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 107, la frase “Garantías Explícitas en Salud”, por “Plan de Salud Universal y”.

12. Reemplázase el epígrafe del Párrafo 2°, del Título III, del Capítulo VII, del Libro I, por el siguiente:

“De la Supervigilancia y Control del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa, de las Garantías Explícitas en Salud y del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo”.

13. Modifícase el artículo 115 del siguiente modo:

a.- En el encabezado del inciso primero, intercálase entre “control” y “de las Garantías”, la expresión: “del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

b.- En el numeral 1, intercálase entre “otorgamiento” y “de las Garantías”, la expresión: “del Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

c.- En el numeral 2 intercálase entre “establecen” y “las Garantías”, la expresión: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

d.- En el numeral 4, sustitúyase el punto y coma por un punto seguido, y agrégase lo siguiente: “La misma atribución tendrá respecto de los convenios que celebren los prestadores con Fonasa en relación con el Plan de Salud Universal;”.

e.- En el numeral 6, intercálase entre las palabras “imponen” y “las referidas garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

f.- En el numeral 8, intercálase entre las palabras “cumplimiento” y “de las Garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

g.- En el numeral 11, intercálase entre las palabras “en relación con” y “las Garantías”, lo siguiente: “el Plan de Salud Universal que asegura Fonasa,”.

14. Agrégase, en el inciso primero del artículo 116, a continuación de punto aparte que pasa a ser seguido, lo siguiente: “La misma obligación tendrá Fonasa respecto del Plan de Salud Universal que le corresponde asegurar.”.

15. En el artículo 136, intercálanse, a continuación de la letra e), las letras f) y g), nuevas, pasando las actuales letras f) y g) a ser h) e i), respectivamente:

"f) El conviviente civil que haya celebrado con el afiliado el acuerdo de unión civil, en la forma establecida en la ley N° 20.830.

g) El cónyuge que carezca de ingresos propios.".

16. Sustitúyase el artículo 138 por el siguiente:

"Artículo 138.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal, el que contemplará, a lo menos, lo siguiente:

A) Examen de Medicina Preventiva, servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.

B) Servicios Hospitalarios.

C) Servicios de Urgencias.

D) Maternidad y cuidado del recién nacido a que se refiere el artículo 139 de esta ley.

E) Medicamentos e insumos hospitalarios y medicamentos ambulatorios.

F) Servicios y dispositivos de rehabilitación.

G) Servicios de laboratorio e imagenología.

H) Servicios ambulatorios.

I) Servicios de cuidados paliativos

J) Servicios pediátricos

K) Las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley N° 19.966.

L) Las demás que se establezcan en leyes especiales.

Sin perjuicio de las Garantías Explícitas de la ley N° 19.966, el Plan de Salud Universal contendrá las condiciones de acceso, de calidad y, cuando corresponda, de oportunidad de los servicios.

El Plan de Salud Universal se fijará mediante un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, en los términos señalados en la Sección 2 del Párrafo 2° del Título II del Capítulo II del Libro II.".

17. Reemplázase en el inciso tercero del artículo 139, la expresión "refiere la letra b) del" por la expresión "el".

18. Modificase el artículo 141 de la siguiente manera:

a.- Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

"Artículo 141.- Los servicios comprendidos en el Plan de Salud Universal, se otorgarán por Fonasa, a través de la red de prestadores que este defina.".

b.- Sustitúyanse en el inciso segundo las expresiones "Fondo Nacional de Salud" por "Fonasa" y "las prestaciones" por "los servicios".

c.-Agrégase el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual inciso tercero a ser inciso cuarto:

"En el caso de prestadores que no formen parte de la red fijada por Fonasa, y no hayan celebrado un convenio con dicha Institución para la atención de situaciones de urgencia o emergencia, el valor de los servicios será el indicado en el Plan de Salud Universal. En dichos casos, el prestador no podrá cobrar diferencia alguna al paciente.".

19. Incorpórase el siguiente artículo 141 ter, nuevo:

"Artículo 141 ter.- Para tener derecho a los servicios, protección financiera y condiciones de acceso, de calidad y, cuando corresponda, de oportunidad, del Plan de Salud Universal, los beneficiarios deberán recibir los servicios en la red de prestadores que haya definido Fonasa en la forma que establezca el reglamento.

En caso de retardo o insuficiencia del prestador definido para otorgar las atenciones y soluciones de salud, Fonasa dispondrá la atención del beneficiario, en conformidad al mecanismo establecido en el respectivo reglamento. En todo caso, lo dispuesto en este inciso no afectará la protección financiera a la que tiene derecho el beneficiario.".

20. Sustitúyase el artículo 142 por el siguiente:

"Artículo 142.- Los beneficiarios que decidan atenderse fuera de la red de prestadores fijada por Fonasa no tendrán derecho a las garantías establecidas en el Plan de Salud Universal. Sin embargo, respecto de prestadores en convenio de

modalidad libre elección, podrán tener la cobertura financiera que corresponda de acuerdo a lo establecido en el artículo siguiente.”.

21. Reemplázase el artículo 143 por el siguiente:

“Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar servicios de salud a los beneficiarios de Fonasa, en la modalidad de libre elección, deberán suscribir un convenio con dicha institución e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará Fonasa.

Tratándose de los establecimientos o las entidades asistenciales, de conformidad a las disposiciones de la ley 19.886, Fonasa determinará los prestadores que podrán otorgar servicios de salud en esta modalidad, entre los cuales se seleccionará las ofertas que resulten más convenientes. Tratándose de profesionales de la salud bastará que ellos se inscriban en alguno de los grupos de rol que para estos efectos llevará Fonasa.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, mediante resolución, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estos servicios serán retribuidos de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine Fonasa mediante resolución. La bonificación que efectúe la referida institución no excederá el 60% del valor de la bonificación que corresponda de acuerdo al artículo 161, salvo los partos, o los casos de urgencia o emergencia debidamente certificados, donde se podrán establecer coberturas mayores.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que efectuará esta institución. En este mismo decreto se podrán establecer valores diferenciados de cobertura para los distintos servicios que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero del presente artículo.

Para estos efectos, Fonasa presentará, conjuntamente con la propuesta de decreto supremo un informe que justifique los porcentajes de bonificación propuestos y su impacto fiscal.

El decreto supremo que contenga la bonificación entrará en vigencia conjuntamente con la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Lo mismo se aplicará para todas sus modificaciones posteriores.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos o en convenio quedan obligados a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los precios o valores del arancel correspondiente salvo que, para determinadas prestaciones, el decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor.

La modalidad de libre elección descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización de Fonasa. Para estos efectos tendrá todas las funciones descritas en el artículo 50.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicha Institución, mediante resolución fundada dictada de conformidad al procedimiento establecido en artículos 148 R y siguientes de la presente ley.

De las resoluciones que apliquen sanciones el afectado podrá recurrir, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Director de Fonasa. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción a Fonasa una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. Fonasa podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional,

establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones que procedan Fonasa estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por servicios, prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso decimoprimero de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fonasa en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.”.

22. Reemplázase el artículo 144 por el siguiente:

“Artículo 144.- Los beneficiarios de Fonasa tendrán derecho a acceder a un seguro de medicamentos ambulatorios, el que se regirá por las siguientes reglas:

1.- Solo serán financiados por el seguro aquellos medicamentos de uso ambulatorio genéricos, esto es, aquellos registrados exclusivamente bajo una denominación común internacional, cuya condición de venta sea bajo receta médica.

2.- En ningún caso este seguro financiará medicamentos de marca.

3.- La canasta de medicamentos a ser cubiertos por el seguro será establecida por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de una resolución, a partir del monto destinado al financiamiento fijado por Fonasa y en base a estudios que consideren la situación de salud de la población, los objetivos sanitarios, la efectividad de los medicamentos, el gasto de bolsillo, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación de costo efectividad, así como el número potencial de beneficiarios y sus características socio demográficas.

4.- Mediante resolución, Fonasa determinará la protección financiera y la canasta de medicamentos cubiertos, previa visación de la Dirección de Presupuestos.

5.- La compra se efectuará a través de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud a requerimiento de Fonasa. En estos casos la Central no podrá cobrar comisión de intermediación.

6.- Fonasa contratará, en virtud de lo dispuesto en la ley N° 19.886, la distribución de los medicamentos, la cual podrá efectuarse a través de las farmacias, droguerías,

almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados, públicos o privados.

Un reglamento emitido por el Ministerio de Salud, el que será firmado además por el Ministro de Hacienda, señalará el mecanismo para definir la cobertura del seguro, así como su estructura, las que podrán ser distintas en función de grupos etarios o de nivel de ingresos. Podrá establecer deducibles, coaseguros, copagos y gasto máximo de bolsillo, e indicará la periodicidad con que la canasta de medicamentos y su financiamiento, serán revisados, entre otros aspectos.”.

23. Reemplázase, en el artículo 147 la frase final “las prestaciones que contempla este párrafo” por la siguiente: “los servicios que contempla el Plan de Salud Universal”.

24. Incorpórase en el Título II del Libro II el siguiente Párrafo 2°, nuevo, pasando el actual párrafo 2° a ser párrafo 3°:

“Párrafo 2°
Del Plan de Salud Universal
Sección 1: Concepto y Garantías.

Artículo 148 A. Concepto.- El Plan de Salud Universal, en adelante el Plan, es un instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un conjunto de servicios prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios cubiertos, y con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con que se cuente.

El Plan será elaborado y actualizado tomando en consideración los objetivos sanitarios y los servicios prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, así como los recursos disponibles para el Plan. El Plan de Salud Universal deberá ser elaborado considerando principios de universalidad, prioridad, cobertura, calidad, eficiencia y transparencia.

Los servicios considerados en el Plan son aquellas prestaciones, insumos, atenciones y soluciones de salud que articuladamente constituyen un sistema orientado a la promoción, prevención, mantenimiento, y la restauración de la salud de las personas. Ello considera todos los servicios contemplados en el artículo 138, y las prestaciones, acciones, atenciones y soluciones que de allí se deriven.

Serán beneficiarios del plan de salud universal aquellos definidos en el artículo 136.

No se otorgará cobertura alguna a servicios de atención de salud que no se incluyan en el plan de salud o que sean prestados fuera de la red de prestadores.

Artículo 148 B. Garantías.- Los servicios incluidos en el Plan de Salud Universal, de acuerdo a lo definido en el artículo 138 de la presente ley, contendrán garantías de acceso, calidad, protección financiera y, cuando corresponda, oportunidad con que deben ser otorgados de acuerdo a lo que señale el decreto correspondiente.

Las garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante Fonasa, la Superintendencia de Salud, y las demás instancias que correspondan.

Artículo 148 C. Definiciones.- Para los efectos de este párrafo, se entenderá por:

a) Garantía de Acceso: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de recibir el otorgamiento de los servicios priorizados que componen el Plan de Salud Universal.

b) Garantía de Calidad: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa de que los servicios que componen el Plan de Salud Universal le sean otorgados por un prestador de la red, o por otro prestador acreditado o registrado.

c) Garantía de Oportunidad: derecho que tienen el beneficiario de Fonasa a que los servicios que componen el Plan de Salud Universal les sean otorgados en el plazo máximo fijado respecto de aquellos servicios que, formando parte del Plan, se indique un vencimiento para que se realicen. Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, no se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

d) Garantía de Protección Financiera: derecho que tiene el beneficiario de Fonasa a la bonificación o monto del precio del servicio del cual Fonasa se hará cargo en cada servicio incluido en el Plan y conforme se detalla en el artículo 161 de esta ley.

e) Objetivos sanitarios: aquellos de los que trata el artículo 4° N° 8 de esta ley.

f) Plan: el Plan de Salud Universal.

g) Plan de Salud Universal: aquel del que tratan los artículos 148 A y siguientes de esta ley.

h) Precio: Valor a pagar por parte de Fonasa para cada uno de los servicios que componen el Plan de Salud Universal.

i) Red de prestadores: Aquella determinada por Fonasa para el otorgamiento de los servicios que componen el Plan de Salud Universal.

j) Servicios prioritarios en salud: aquellas prestaciones, atenciones y soluciones de salud, además de los medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos que sean necesarios para el otorgamiento de dichas prestaciones, atenciones y soluciones, que componen el Plan de Salud Universal.

Sección 2: Determinación y actualización del Plan.

Artículo 148 D. Competencias.- El proceso para la determinación y actualización del Plan de Salud Universal será coordinado por Fonasa, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y los reglamentos aplicables sobre la materia.

El Plan deberá ser aprobado por decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Subsección 1: Determinación de los recursos disponibles.

Artículo 148 E. Determinación de los recursos disponibles.- Con el objeto de dar inicio al proceso de determinación o actualización del Plan, Fonasa solicitará al Ministerio de Hacienda que defina el marco de los recursos disponibles para el financiamiento del Plan del siguiente año.

Sólo podrán incorporarse al Plan los servicios que cumplan las siguientes condiciones copulativas:

a. Que los servicios hayan sido objeto de una favorable evaluación científica de la evidencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 148 F;

b. Que los servicios del Plan hayan sido recomendados de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 148 K;

c. Que se haya decidido la incorporación de los servicios al Plan, conforme a lo señalado en el artículo 148 O.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero de este artículo, el costo del Plan en su conjunto no podrá exceder a lo dispuesto para estos efectos en la Ley de Presupuestos del Sector Público del año que se trate.

Subsección 2: Evaluación científica de la evidencia.

Artículo 148 F. Evaluación científica de la evidencia.- Una vez determinados los recursos disponibles, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, realizará una evaluación científica basada en la evidencia disponible con el objeto de determinar las prestaciones, atenciones y soluciones, así como los dispositivos médicos, medicamentos, y todos aquellos insumos necesarios para el otorgamiento de las mismas, que componen los servicios que se incorporarán al Plan.

Para estos efectos, la Subsecretaría de Salud Pública tomará en cuenta las opiniones y recomendaciones que hagan sus comisiones técnicas asesoras. La definición, determinación y funcionamiento de las comisiones señaladas se determinará en el reglamento.

Con todo, sólo podrán ser objeto de evaluación aquellos servicios que cumplan con las condiciones establecidas en el reglamento, el cual considerará, a lo menos, la relación directa con el cumplimiento de los objetivos sanitarios y evidencia de su efectividad. La Subsecretaría de Salud Pública mediante resolución fundada establecerá los servicios que serán objeto de evaluación y aquellos que no formarán parte de ella.

La Subsecretaría de Salud Pública podrá encargar, en todo o parte, los estudios necesarios para la evaluación señalada en este artículo, a otras instituciones públicas o privadas, considerando la especialidad del estudio por abordar.

Artículo 148 G. Objeto y ámbito de la evaluación científica.- Sólo podrán ser objeto de evaluación aquellos servicios que cumplan con las condiciones establecidas en el reglamento. El reglamento considerará, a lo menos, relación directa con el cumplimiento de las metas sanitarias y evidencia de su efectividad. La Subsecretaría de Salud Pública mediante resolución fundada establecerá los servicios que serán objeto de evaluación.

La evaluación de cada servicio, cuya incorporación al Plan ha sido solicitada, deberá comprender, a lo menos:

a) Población objetivo.

b) Eficacia y efectividad relativas.

c) Evaluación económica e impacto presupuestario.

d) Efectos en la capacidad de la red de prestadores.

e) Impacto en el gasto de bolsillo.

Para considerar los efectos en la capacidad de la red de prestadores, la evaluación deberá tener en cuenta un informe elaborado para esos efectos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Artículo 148 H. Entrega de información.- Las instituciones relacionadas con el área de la salud deberán proporcionar la información que les sea requerida por la Subsecretaría de Salud Pública, para los efectos de realizar la evaluación científica de la evidencia.

Artículo 148 I. Informe final de la evaluación científica.- La evaluación concluirá con un informe que será público. Este informe deberá contener, a lo menos, los elementos señalados en el artículo 148 G, por cada uno de los servicios evaluados.

La publicación deberá efectuarse en el sitio web del Ministerio de Salud, a lo menos quince días corridos antes del inicio del proceso de recomendación priorizada.

No procederá recurso alguno contra el informe final de la evaluación científica.

Artículo 148 J. Reglamento.- Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud regulará el proceso de evaluación científica de la evidencia, el que deberá contemplar, entre otros, que se desarrolle con observancia a normas éticas y de transparencia.

Subsección 3: Proceso de elaboración de recomendación priorizada.

Artículo 148 K. Recomendación priorizada.- Los servicios descritos en el proceso de evaluación científica serán analizados y priorizados sobre la base del valor científico, económico y social que el tratamiento importe, y constarán en un informe elaborado para estos efectos por la Subsecretaría de Salud Pública.

Los servicios así determinados deberán clasificarse en tres clases: prioridad alta, prioridad media y prioridad baja. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, determinará la forma en que se efectuará la priorización, así como las consecuencias de aquella.

Todos los servicios que estén incluidos dentro de las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley N° 19.966, así como aquellos que forman parte del Plan de Salud Familiar otorgado en los establecimientos de la Atención

Primaria de Salud a la que se refiere la ley N° 19.378, serán consideradas como de prioridad alta para estos efectos. Sin perjuicio de lo anterior, el Plan de Salud Familiar deberá ser sometido al procedimiento establecido en el presente párrafo.

Subsección 4: Evaluación del funcionamiento y definición de los precios.

Artículo 148 L. Evaluación del funcionamiento. - El Consejo Directivo, sobre la base de la evaluación y recomendación, deberá evaluar la capacidad de la red de prestadores para el otorgamiento de cada uno de los servicios priorizados.

Artículo 148 M. Definición de precios. - El Consejo Directivo propondrá los precios de los servicios que componen el Plan. Los precios que se definan se aplicarán a los prestadores de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud y constituirán el precio máximo para los prestadores no pertenecientes a esta red asistencial que conformen la red de prestadores del Plan.

En la determinación de los precios, se aplicarán metodologías y criterios transparentes y objetivos, utilizando prácticas generales aceptadas para ello.

Artículo 148 N. Informe.- La evaluación concluirá con un informe que será público, que dará cuenta de la metodología utilizada, y de los resultados. La publicación deberá efectuarse en el sitio web de Fonasa, en el plazo que determine el reglamento.

No procederá recurso alguno contra el informe.

Artículo 148 Ñ. Entrega de información.- Las instituciones relacionadas con el área de la salud deberán proporcionar la información que les sea requerida por Fonasa, para los efectos de realizar la evaluación a que se refiere esta subsección. Asimismo, la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá proporcionar la información que el Fonasa requiera para el análisis.

Subsección 5: Del proceso de decisión.

Artículo 148 O. Decreto Supremo del Plan de Salud Universal.- Los Ministerios de Salud y de Hacienda, sobre la base de los informes de las Subsecciones 2, 3 y 4 de este párrafo, determinarán mediante decreto supremo los servicios, con sus respectivas garantías, que contendrá el Plan de Salud Universal.

Para estos efectos, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda deberá elaborar estudios respecto de los efectos fiscales de la implementación del Plan, los que serán públicos y servirán de base para la dictación del decreto señalado en el inciso anterior.

Fonasa deberá proporcionar a la Dirección de Presupuestos la información necesaria para la elaboración de los señalados estudios, aun cuando ella contenga datos sensibles conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, debiendo, en todo caso, guardar respecto de ella la debida reserva o secreto.

Sección 3: De la vigencia y modificación del Plan de salud Universal.

Artículo 148 P. Vigencia.- El Plan de Salud Universal y sus posteriores modificaciones entrarán en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones podrán entrar en vigencia antes del plazo señalado, cuando existan razones de salud pública.

El Plan de Salud Universal en su conjunto tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse en lo que sea pertinente. Si no se hubiera dispuesto su modificación al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderá prorrogado por otros tres años y así sucesivamente. Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, su modificación antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior. Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece esta ley.

No obstante lo señalado, Fonasa podrá solicitar la incorporación de nuevos servicios o la eliminación de algunos en cualquier tiempo. Para ello deberá sujetarse al procedimiento descrito en este párrafo. En estos casos, la incorporación de los nuevos servicios tendrá la vigencia que le reste al plan de salud y se entenderán prorrogadas conjuntamente con éste.

En todo caso, el decreto supremo de modificación deberá establecer, de ser necesario, la forma en que se realizará la transición respecto de actualizaciones a servicios considerados en el Plan de Salud Universal, considerando la factibilidad técnica del cambio, las condiciones de salud de los pacientes y la continuidad de los tratamientos según corresponda.

Sección 4: Sistema de información.

Artículo 148 Q. Sistema de información.- Fonasa deberá implementar un sistema de información que permita el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de los servicios contemplados en el sistema, así como del gasto ejecutado para cada una de ellos, conforme al reglamento. Esta información deberá estar disponible en el sitio web de Fonasa.

Sección 5. Fiscalización y sanciones.

Artículo 148 R. Obligación de fiscalización.- Para la debida aplicación del presente Libro, de sus reglamentos, decretos y resoluciones, Fonasa podrá realizar las fiscalizaciones e inspecciones que estime necesarias para supervigilar el cumplimiento de dichas normas, así como el adecuado uso de los recursos.

Estas actuaciones serán realizadas por funcionarios de Fonasa especialmente designados para ello, los que tendrán la calidad de Ministros de Fe para todos los efectos. Cuando con ocasión de ellas se constatare una infracción a este Libro o a sus reglamentos, se levantará acta dejándose constancia de los hechos materia de la infracción.

En casos de urgencia y para la protección provisional de los intereses implicados, con el sólo mérito del acta levantada, podrá adoptar las medidas provisionales que sean necesarias, en cuyo caso el procedimiento sancionatorio deberá iniciarse por resolución a más tardar dentro de los 5 días siguientes, pronunciándose sobre su mantención o levantamiento.

Artículo 148 S. Procedimiento de fiscalización y sanción. - Los procedimientos sancionatorios que se instruyan por las infracciones que se detecten se sujetarán a las siguientes reglas:

1. Los procedimientos sancionatorios podrán iniciarse de oficio o por denuncia. En caso de denuncia, sólo se originará un procedimiento sancionatorio si, a juicio de Fonasa, está revestida de seriedad y tiene mérito suficiente.
2. La instrucción del procedimiento sancionatorio se iniciará con una formulación de cargos, que contendrá una descripción clara y precisa de los hechos que se estimen constitutivos de infracción, la norma, medidas o condiciones eventualmente infringidas. Estos se notificarán al infractor, confiriéndole un plazo de 10 días para formular los descargos.

3. Recibidos los descargos o transcurrido el plazo otorgado para ello, Fonasa examinará el mérito de los antecedentes y podrá, de oficio o a petición del interesado, determinar la realización de las pericias e inspecciones que sean pertinentes, para lo cual fijará un término probatorio de 8 días.

4. En caso de haberse dispuesto el período probatorio podrán utilizarse todos los medios de prueba, siendo ésta apreciada conforme a las reglas de la sana crítica.

5. La resolución que ponga fin al procedimiento sancionatorio se pronunciará respecto a todas las cuestiones planteadas en el expediente, pronunciándose sobre cada una de las alegaciones y descargos, y contendrá la declaración de la sanción que se imponga al infractor o su absolución.

6. La resolución final deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a aquel en que se haya evacuado la última diligencia ordenada en el expediente. Asimismo, la resolución que aplique sanciones deberá indicar los recursos que procedan contra ella, los órganos ante el que deban presentarse y el plazo para interponerlos.

7. En contra de la resolución final, procederá el recurso de reclamación indicado en el inciso decimoprimero del artículo 143.

8. Las notificaciones que se efectúen con posterioridad a la formulación de cargos se efectuarán mediante correo electrónico que se indicará en su primera presentación.

9. Los plazos establecidos serán de días hábiles administrativos.

10. En lo no regulado en este artículo se aplicarán, supletoriamente, las disposiciones de la ley N° 19.880.

En caso de constatar el incumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el Plan de Salud Universal, Fonasa deberá apercibir al infractor para que lo corrija dentro del plazo de tres días hábiles. La notificación de aquello se hará conforme a lo establecido en el artículo 46 de la ley N°19.880.

Si vencido el plazo se mantuviera el incumplimiento, Fonasa le formulará cargos y el obligado tendrá el plazo de cinco días hábiles para contestarlos y acompañar los antecedentes que estime necesarios para su defensa.

Artículo 148 T. Infracciones.- Sin perjuicio de lo que se establezca detalladamente en normas de carácter reglamentario, serán consideradas como infracciones:

a. La presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención, y programas u otros; de

honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente; y de recargo improcedentes;

b. La prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley;

c. Alteración de las fechas y datos que permitan efectuar el seguimiento de las normas de calidad, acceso y oportunidad.

d. Contravención a alguna de las normas que regulan el Plan de Salud Universal, especialmente el incumplimiento de las normas sobre acceso, calidad y, cuando corresponda, oportunidad contenidas en el referido Plan.

e. Contravención a alguna de las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que Fonasa imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares.

f. Emisión de licencias médicas para afiliados sin contar con el respaldo de su atención ni con la ficha clínica que dé cuenta de dicha atención.

Artículo 148 U. Clasificación y graduación de infracciones.- Para los efectos de la graduación de la sanción, las infracciones administrativas se clasificarán en leves, graves y muy graves. En la imposición de sanciones, Fonasa deberá guardar la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada. Para tal efecto, se considerarán los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:

1. El beneficio económico obtenido con motivo de la infracción, en caso que lo hubiese.

2. La existencia de intencionalidad o reiteración en la comisión de la infracción y el grado de participación en el hecho, acción u omisión constitutiva de la misma.

3. La capacidad económica del infractor.

4. La colaboración que haya prestado el infractor

5. La existencia de riesgos o peligro para terceros, derivados de la infracción cometida y su entidad

6. La reincidencia en infracciones a la normativa, cuando así haya sido declarado por resolución firme.

7. Todo otro criterio que, a juicio fundado de Fonasa, sea relevante para la determinación de la sanción.

Artículo 148 V. Sanciones para prestadores privados. - En caso de constatarse la infracción por parte de un prestador privado, el Director de Fonasa, podrá aplicar alguna de las siguientes sanciones:

1.- Amonestación.

2.- Suspensión de hasta 180 días.

3.- Término anticipado del convenio.

4.- Multa a beneficio fiscal, de una a 1.000 unidades de fomento. Esta sanción podrá acumularse a las sanciones de suspensión y terminación anticipada contempladas en este artículo.

Artículo 148 W. Prescripción.- Las acciones para perseguir infracciones administrativas, y las sanciones administrativas que deriven de éstas, prescribirán en el término de cinco años. El plazo respectivo se contará desde que se comete el hecho que origina la infracción, o desde que el acto administrativo que impone la sanción se encuentre ejecutoriado, según sea el caso. La prescripción de la acción para perseguir la infracción administrativa se suspende con la notificación de la formulación de cargos. Asimismo, la prescripción de las sanciones aplicadas se suspende con el inicio del procedimiento de ejecución, desde que el sancionado sea notificado de dicha circunstancia conforme a la ley.

Artículo 148 X. Recursos.- Contra los actos administrativos que se pronuncien en virtud de esta Sección, procederán los recursos contemplados en la ley N° 19.880 y en el Estatuto Administrativo, según corresponda.

No procederá recurso alguno ante el Ministerio de Salud por las resoluciones dictadas en conformidad a esta Sección.

Artículo 148 Y. Mérito ejecutivo.- Las resoluciones que dicte Fonasa en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales.

Artículo 148 Z. Sanciones del prestador público.- En caso de constatarse la infracción por un prestador público, Fonasa notificará al Director del Servicio o del Establecimiento de que se trate la aplicación al infractor de una multa, a beneficio fiscal, de un décimo hasta cincuenta unidades de fomento.

Si el incumplimiento se mantuviera por un período superior a seis meses siguiente a la notificación de la sanción, podrá considerarse falta grave a la probidad y dará lugar a la destitución o cese de funciones del infractor, de acuerdo al estatuto respectivo.

De todo lo anterior se dejará constancia en la respectiva hoja de vida funcionaria.

Quien aplicará las sanciones contra el funcionario culpable será aquel facultado para el nombramiento del mismo.”.

25. Reemplázase el artículo 159 por el siguiente:

“Artículo 159.- Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de los servicios que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de los servicios será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición de Fonasa.”.

26. Reemplázase el artículo 160 por el siguiente:

“Artículo 160.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Además, tratándose de afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad serán clasificados en otros grupos por el Fonasa de acuerdo al nivel de ingreso que posean. Esta determinación se efectuará por resolución de Fonasa visada por el Ministerio de Hacienda.”.

27. Sustitúyase el artículo 161, por el siguiente:

“Artículo 161.- Los servicios contenidos en el Plan de Salud Universal otorgados a través de la red de prestadores definidas por Fonasa, tendrán una protección financiera no menor al 80%. Tratándose de personas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, tendrán una protección financiera del 100%, así como también las personas mayores de 60 años.

No obstante, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas u otros servicios o atenciones en particular incluidos en el Plan, y que no sean de prioridad alta, coberturas, deducibles, copagos, o coaseguros diferentes al señalado en el inciso precedente. En estos casos, la diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre Fonasa y el valor del servicio, será cubierta por el propio afiliado.

Para efectos de este artículo, las palabras que se señalan, tendrán los significados que se indican:

a) Deducible: monto en dinero hasta el cual cada beneficiario soportará, a todo evento, los gastos generados en el uso del Plan de Salud Universal.

b) Coaseguro: mecanismo en el que el beneficiario paga un porcentaje del valor del servicio.

c) Copago: mecanismo en donde el beneficiario paga un monto fijo, independiente del valor del servicio.

El Director de Fonasa podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado para lo cual deberá establecer un procedimiento y criterios generales y transparentes, que deberán ser aprobados por el Consejo.”.

28. Reemplázase en el inciso primero del artículo 162, la oración “Los afiliados del Régimen podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 143 y 161, inciso quinto”, por la siguiente: “Los afiliados a Fonasa podrán solicitar a éste, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de los servicios que ellos deban pagar.”.

29. Sustitúyase el inciso final del artículo 163, por el siguiente:

“Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere la letra e) del artículo 136, se establecerán a través de una resolución de Fonasa, previa visación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.”.

30. Modifícase el artículo 164, del siguiente modo:

a.- Reemplázase en el inciso primero, la expresión "los artículos 160 y" por la siguiente: "el artículo".

b.- Incorpórase al inciso sexto, a continuación de su punto final la siguiente frase "Para el cumplimiento de sus atribuciones, Fonasa podrá verificar con el Servicio de Impuestos Internos la veracidad de la información suministrada por los beneficiarios del Régimen, con todos los antecedentes de que disponga el referido servicio. El Servicio de Impuestos Internos, mediante resolución, determinará la forma, procedimiento y plazos para efectuar las verificaciones que correspondan.".

c.- Derógase el inciso final.

Artículo 2°.- Sustitúyanse los incisos primero y segundo del artículo 49 de la ley N° 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal, por los siguientes:

"Artículo 49.- Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente del Ministerio de Salud y de Fonasa, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según criterios objetivos, tales como población, nivel socioeconómico, número de prestaciones, aislamiento, entre otras. Dichos criterios serán fijados por un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministros del Interior y Seguridad Pública y Hacienda.

El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, a propuesta de Fonasa, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y Seguridad Pública, y de Hacienda. El decreto deberá, asimismo, precisar el listado de las atenciones o soluciones de salud cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.".

Artículo 3°.- Derógase el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que contiene las normas que se aplicarán en los convenios que celebren los Servicios de Salud.

Artículo 4°.- Agrégase un inciso tercero nuevo al artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, del siguiente tenor:

"Además, respecto de los afiliados al Fonasa, será necesario que la licencia médica sea emitida por un profesional que forme parte de la red de prestadores de salud para el otorgamiento del Plan de Salud Universal o esté inscrito o en convenio de modalidad libre elección.".

Artículo 5°.- A contar de la fecha de entrada en vigencia de lo dispuesto en el numeral 7 del artículo 1°, todas las menciones que las leyes, reglamentos, demás normas y referencias que se hagan al "Fondo Nacional de Salud", o al "Fondo", se entenderán reanalizadas a "Fonasa".

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El decreto que contenga el primer Plan de Salud Universal comenzará a regir el 1 de enero del año siguiente a la fecha de publicación de esta ley en el Diario Oficial y durará hasta el 31 de diciembre de dicho año, salvo que entre la publicación de la ley y el 1 de enero existan menos de 6 meses, caso en el cual el referido decreto deberá entrar en vigencia el primer día del séptimo mes siguiente a la referida publicación y durará, igualmente, hasta el 31 de diciembre de dicho año.

A este primer decreto no le será aplicable el procedimiento de elaboración del Plan de Salud Universal, especialmente las normas contenidas en los nuevos artículos 148 E y siguientes que se incorporan al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fijó 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 Ministerio de Salud.

Artículo segundo.- Las modificaciones que el artículo 1° de esta ley introdujo al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fijó 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 Ministerio de Salud, comenzarán a regir a contar de la entrada en vigencia del decreto supremo que establezca el primer Plan de Salud Universal, salvo las excepciones siguientes:

1.- Regirán desde la fecha de publicación de esta ley las siguientes materias:

a) La eliminación de la facultad de celebrar convenios por parte de los Servicios de Salud y de los Establecimientos Autogestionados en Red para que un tercero tome a su cargo el otorgamiento de prestaciones, regirá desde la publicación de esta ley.

b) La facultad de los Servicios de Salud para celebrar convenios con Fonasa por las atenciones y soluciones que otorgue en el marco del Plan de Salud Universal.

c) Las nuevas atribuciones de Fonasa, especialmente las incorporadas al artículo 50 del mencionado decreto con fuerza de ley.

d) Las letras f) y g) nuevas del artículo 136 que incorporan dos clases de beneficiarios.

e) El artículo 143 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fijó 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 Ministerio de Salud, referente a la modalidad de libre elección.

f) Las normas sobre fiscalización y sanciones.

2.- Las normas sobre Consejo Directivo de Fonasa y el Consejo Consultivo y sus atribuciones, regirán desde la fecha en que venza el plazo señalado en el artículo octavo transitorio.

3.- El artículo 144 entrará en vigencia una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento a que se refiere dicha norma.

Artículo tercero.- Mientras no entre en vigencia el decreto supremo a que se refiere el inciso quinto del artículo 143 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, que se modifica, regirán las bonificaciones vigentes con anterioridad a la modificación de la presente ley.

Artículo cuarto.- El artículo 2° entrará a regir una vez publicado en el Diario Oficial el reglamento que señala el artículo 49 de la ley N° 19.378 que se modifica.

Artículo quinto.- El artículo 3° entrará a regir en la fecha de publicación de esta ley; no obstante, aquellos convenios vigentes a dicha fecha surtirán efectos hasta completar el año de vigencia que esté en curso y no podrán ser renovados automática ni expresamente.

Artículo sexto.- Los reglamentos mencionados en los artículos 1° y 2° de esta ley, deberán dictarse dentro de los 6 meses siguientes a su publicación.

Artículo séptimo.- Dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, se deberán dictar uno o más decretos supremos, emitidos por el

Ministerio de Salud, y suscritos además por el Ministro de Hacienda, que regulen las siguientes materias:

1.- El proceso de transición desde la modalidad de atención institucional a la implementación del Plan de Salud Universal.

Este proceso deberá contemplar la incorporación gradual de atenciones y soluciones de salud que irán reemplazando el financiamiento de prestaciones de salud aisladas.

2.- La cobertura financiera que se otorgará por las atenciones que aún no se incorporen al Plan de Salud Universal y que seguirán siendo financiadas de acuerdo a la modalidad de atención institucional.

En tanto no se reemplace la modalidad de atención institucional por el Plan de Salud Universal, los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición de Fonasa, aprobarán por resolución el arancel de dicha modalidad.

El proceso de transición no podrá exceder de 5 años contados desde la vigencia del primer decreto que contenga el Plan de Salud Universal.

Artículo octavo.- La primera designación de los miembros del Consejo Directivo señalados en el inciso tercero del artículo 54 A, incorporado por el artículo 1° N° 10 de la presente ley se realizará dentro de los noventas días siguientes a la fecha de publicación en el Diario Oficial de esta ley. En la primera designación de los miembros del Consejo Directivo de Fonasa, una de las personas indicadas en el numeral 1 y una de las personas indicadas en el numeral 2 del nuevo artículo 54 A que se agrega al 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, durarán tres años, de lo que deberá dejarse constancia en el acto administrativo de nombramiento.

Artículo noveno.- Facúltese al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca mediante un decreto con fuerza de ley, expendido por el Ministerio de Salud, el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Este decreto con fuerza de ley será denominado “Ley General de Salud”.

Para tales efectos, el Presidente de la República podrá incorporar las modificaciones y derogaciones de que hayan sido objeto; incluir los preceptos legales que los hayan interpretado; reunir en un mismo texto disposiciones directa y sustancialmente relacionadas entre sí que se encuentren dispersas; introducir cambios formales, sea en cuanto a redacción, para mantener la correlación lógica y gramatical de las frases, a titulación, a ubicación de preceptos y otros de similar naturaleza, pero sólo en la medida que sean indispensables para su coordinación y sistematización.

El ejercicio de estas facultades no podrá importar, en caso alguno, la alteración del verdadero sentido y alcance de las disposiciones legales aprobadas.

Artículo décimo. - El Presidente de la República mediante uno o más decretos podrá modificar el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes para la aplicación de esta ley.

Artículo décimo primero.- El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley durante su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos. Para los años siguientes, se financiará de acuerdo con lo que determinen las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

Dios guarde a V.E.,

SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE
Presidente de la República

GONZALO BLUMEL MAC-IVER
Ministro del Interior
y Seguridad Pública

IGNACIO BRIONES ROJAS
Ministro de Hacienda

JAIME MAÑALICH MUXI
Ministro de Salud

Informe financiero N° 008

Infome de Impacto Regulatorio