PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO CON FUERZA DE LEY NÚMERO 1 DE SALUD, DE MANERA DE ASEGURAR UN IGUALITARIO ACCESO A LAS DISTINTAS MODALIDADES DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DEL REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD

El artículo 134 del Decreto con Fuerza de Ley número 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido coordinado y sistematizado del Decreto ley número 2.763, de 1979 y de la leyes número 18.933 y 18.469, establece un Régimen de prestaciones de Salud denominado "el Régimen", cuyos beneficiarios tienen una serie de derechos contemplados en dicho Decreto con Fuerza de Ley.

Tienen la calidad de afiliados a dicho régimen los trabajadores dependientes del sector público y privado, los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión, las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o cesantía.

Por su parte, son beneficiarios de dicho régimen todos los afiliados señalados precedentemente, los causante que perciban una asignación familiar, la mujer embarazada -aún cuando no sea afiliada ni beneficiaria- y el niño hasta los seis meses de edad, las personas indigentes o carente de recursos y las que gocen de pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto ley número 869 de 1975 y las personas que gocen de una prestación de cesantía y sus causantes de asignación familiar.

Ahora bien, el Régimen establece dos modalidades de atención para sus beneficiarios.
En primer lugar, existe el denominado **Régimen General de Garantías** en Salud que incluye entre otras las siguientes prestaciones: Examen de medicina preventiva, asistencia médica curativa y atención odontológica.

Las prestaciones comprendidas en este Régimen General se otorgan por el Fondo Nacional de Salud, a través de los establecimientos de salud correspondientes a la red asistencial de cada servicio de salud y por los establecimientos de Salud de carácter Experimental.

Este régimen General, como sabemos, no obstante otorgar un servicio gratuito a sus beneficiarios dista mucho de prestar una atención oportuna y de calidad; los pacientes se

deben inscribir en listas de espera que muchas veces significa esperar más de 6 meses por una atención que muchas veces, además de tardía, resulta insuficiente o de una calidad que dista mucho de los mínimos estándares médicos.

La segunda modalidad de atención contemplada en este Régimen es el S**istema de Libre Elección** que consiste en que los afiliados o beneficiarios que de ellos pendan pueden elegir al profesional, el establecimiento o institución que otorgue la prestación requerida.

Las prestaciones otorgadas a través de este sistema son financiadas parcialmente por el afiliado y el resto por el Fondo Nacional de Salud, no pudiendo ser dicha bonificación superior aun 60 % del arancel de atención fijado, y en ciertas excepciones (como es el caso de atenciones de urgencia o emergencia) llegarse a un 90% de bonificación del arancel por parte del Fondo Nacional de Salud.

En el caso de esta segunda modalidad denominada de Libre Elección, a diferencia del Régimen General sólo pueden acceder aquellos que tengan la calidad de afiliados del régimen excluyéndose con esto a los beneficiarios del mismo clasificados en la calidad de personas indigentes o carente de recursos y o que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley número 869 de 1975.

Esto, en definitiva, quiere decir que con los recursos del Fondo Nacional de Salud que está integrado por recursos que se contemplan anualmente por la ley de presupuestos, y no únicamente por cotizaciones que efectúen los afilados, se financia un Sistema de Libre Elección únicamente a aquellos que tengan la calidad de afilados excluyéndose a los indigentes que sólo pueden acceder a un sistema de Régimen General.

En palabras simples, esto quiere decir que una persona calificada como indigente o carente de recursos no puede comprar un bono para que le permita elegir tanto al profesional como la institución donde desee atenderse.

Esta discriminación no parece del todo justa, puesto que la bonificación de un 60 % y que puede llegar hasta un 90% es otorgada por el Fondo Nacional de Salud, cuyos recursos no están integrados únicamente por cotizaciones y sus afiliados, sino que también por dineros públicos provenientes de la ley de presupuestos.

Nos parece de toda injusticia dicha exclusión, sobretodo considerando la realidad actual del Régimen General que muchas veces hace urgente optar por una modalidad de Libre Elección que asegure una atención médica oportuna y de calidad. Muchas veces una persona -no obstante ser indigente o no tener recursos para cotizar en el sistema- puede obtener los recursos como para comprar el denominado “bono” y acceder a la Libre Elección, en dicho caso la bonificación de un 60% por parte del Fondo Nacional de Salud, debe ser posible.

Es por esto que creemos necesario establecer un principio general de no discriminación entre los distintos beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, de manera tal que todos los beneficiarios del mismo puedan acceder a todas las modalidades de atención, ya sea el Régimen General, Libre Elección o cualquier otro que se establezca por la autoridad de Salud.

Por las razones anteriores es que vengo en presentar el siguiente:

Proyecto de ley

Sustitúyase la letra b del artículo 50 del Decreto con Fuerza de ley número 1 de Salud de 2005 por la siguiente letra b nueva

Artículo 50.- Serán funciones del Fondo:

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.

La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere el Libro II de esta Ley. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en el Libro II de esta Ley. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicho Libro. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley Nº18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.

En ningún caso las normas e instrucciones del Minsterio de Salud que determinen la forma de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otroguen según el Capitulo II de la presente ley, podrán establecer diferecias entre los distintos beneficarios, debiendose siempre asegurar un acceso igualitario a las distintas modalidades de atención, ya sea que se otorguen a través del Regimen General o según la modalidad de libre elección.

Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso, o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 143 de esta Ley;

CARLOS BIANCHI CHELECH

SENADOR