INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 19.966, QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD, PARA DESIGNAR DE MANERA AUTOMÁTICA UN PRESTADOR DE SALUD DISTINTO PARA SU OTORGAMIENTO.

BOLETÍN N° 17.220-11

HONORABLE CÁMARA:

La **Comisión de Salud** viene en informar, **en primer trámite constitucional y primero reglamentario,** el proyecto de la referencia, originado en moción de los diputados Tomás Lagomarsino (autor), Héctor Barría, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, y Patricio Rosas, y de las diputadas señoras Marta Bravo, María Luisa Cordero y Helia Molina.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental del proyecto consiste en que las garantías explícitas en salud (GES) se satisfagan efectiva y oportunamente en favor de los usuarios.

Esa idea matriz el proyecto la concreta mediante la incorporación en el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un régimen de garantías en salud, de una norma que permitirá a la Superintendencia de Salud asegurar que los prestadores de salud, tanto privados como público, satisfagan efectivamente las prestaciones garantizadas a los usuarios en la misma ley, mediante la designación obligatoria de sucesivos prestadores de las atenciones de salud requeridas.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

No hay.

3) Normas de quórum calificado.

No hay.

4) Normas que requieren trámite de Hacienda.

El artículo único del proyecto de ley debe ser conocido por la Comisión de Hacienda.

5) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los diputados presentes (7 votos a favor).

Votaron a favor las diputadas Cordero, Gazmuri y Molina y los diputados Lagomarsino, Palma, Romero, don Agustín y Rosas.

6) Diputado informante: señor Tomás Lagomarsino.

****

Cabe hacer presente que la moción en que se contiene el proyecto de ley en debate, ingresada a tramitación con fecha 4 de septiembre de 2024, sometida a análisis de admisibilidad por la Secretaría Legislativa de la corporación, en cuanto cámara de origen, fue declarada **inadmisible,** según se consigna en Oficio N° 17/372/2024 suscrito por la ex Presidenta de la Cámara de Diputadas y Diputados, la diputada Cariola, con fecha 29 de octubre de 2024, por las siguientes consideraciones:

a) Ser contraria a lo dispuesto en el artículo 65, inciso tercero, de la Carta Fundamental, el cual reserva al Presidente de la República la **iniciativa exclusiva de los proyectos de ley** que tengan relación con la administración financiera o presupuestaria del Estado.

b) Infringir el artículo 65, inciso cuarto, número 2° de la Carta Magna, el cual entrega al Presidente de la República la **facultad exclusiva** para crear nuevos servicios públicos o empleos rentados, sean fiscales, semifiscales, autónomos o de las empresas del Estado; suprimirlos y determinar sus funciones o atribuciones.

c) Infringir el inciso cuarto N° 6 del artículo 65 de la Constitución, que reserva al Primer Mandatario la **iniciativa exclusiva** para establecer o modificar las normas sobre seguridad social o que incidan en ella, tanto del sector público como del sector privado.

Del referido oficio se dio cuenta en sesión de Sala N° 96 de 4 de noviembre de 2024, ocasión en la que se planteó reclamación contra la declaración de inadmisibilidad de la Mesa de la Corporación, la que sometida a votación resultó aprobada, por 83 votos a favor, 14 en contra y 12 abstenciones, de forma que se dio curso a la iniciativa, de la que se dio cuenta en la sesión de Sala posterior, la **97ª de 5 de noviembre de 2024** y le fue asignado boletín **N° 17.220-11** y remitida “a la Comisión de Salud y a la Comisión de Hacienda en lo que corresponda”.

****

Durante el análisis de esta iniciativa, la Comisión contó con la colaboración permanente de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, la Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli Iruretagoyena, el asesor legislativo del ministerio señor Cristian Miquel Munizaga; el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes; y el Director del Fondo Nacional de Salud Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza.

****

I.- CONTENIDO DEL PROYECTO.

El proyecto contenido en la moción original consta de un artículo único que modifica el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un régimen de garantías en salud, en el siguiente sentido:

Primero, eliminando de su inciso segundo, parte de la facultad que allí se otorga a la Superintendencia de Salud de sancionar a los prestadores de salud que

incumplan la obligación de informar a los usuarios que tienen derecho a las garantías explícitas que otorga la ley, con la suspensión de la opción de otorgar prestaciones en la “modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud”.

Y luego, agregándole un inciso final que faculta a la Superintendencia de Salud para, sin perjuicio de las sanciones que puede aplicar a los prestadores incumplidores a que se refiere el inciso segundo, ordenarles que designen un segundo prestador que otorgue las prestaciones incumplidas en un plazo determinado y, para no cumpliéndola ese segundo prestador, designar ella misma un tercer prestador que deberá otorgar las prestaciones de salud garantizadas.

II.- <u>RESUMEN DE LOS FUNDAMENTOS DE LA MOCIÓN</u>.

La moción se funda en que, en el año 2004, Chile dio un paso importante en la salud pública con la promulgación de la ley N° 19.966, que estableció el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), el que garantizaba que las personas pudieran acceder a ciertos tratamientos y prestaciones en plazos específicos, asegurando derechos de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Gracias a esto, millones de chilenos y chilenas han podido recibir atención en los tiempos adecuados, lo cual fue un gran avance para el sistema de salud del país.

Sin embargo, la ley también tiene una norma que ha generado críticas. Esta norma exige que, si una prestación no se entrega en el plazo máximo establecido, la persona afectada debe presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud para que se designe un segundo prestador. Si este tampoco cumple, se debe designar un tercer prestador. Aunque esto busca garantizar la oportunidad de la prestación, en la práctica ha generado problemas, especialmente tras la pandemia de COVID-19, que aumentó significativamente las listas de espera y los retrasos en las atenciones.

Hoy en día, las cifras muestran que muchas personas esperan meses o incluso años para recibir atención en especialidades críticas, como oncología pediátrica. En algunos casos, estas demoras han tenido consecuencias fatales, con personas fallecidas mientras esperaban su atención garantizada. La lista de espera quirúrgica y de consultas de especialidades es muy extensa, y esto evidencia que el sistema necesita cambios urgentes.

El sistema de salud chileno opera con el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), que monitorea en tiempo real el cumplimiento de las garantías y sus retrasos. La propuesta contenida en la moción no es crear una nueva plataforma, sino que la Superintendencia de Salud tenga acceso a esta información para mejorar la gestión y reducir los retrasos.

Finalmente, dado que Chile ha decidido ofrecer prestaciones garantizadas en plazos específicos, es fundamental que estos plazos se cumplan sin excepciones. La ley y las políticas deben enfocarse en eliminar los retrasos y en garantizar que las personas reciban la atención en los tiempos prometidos, sin tener que reclamar o, en el peor de los casos, enfrentarse a consecuencias fatales por demoras en

su atención. La responsabilidad recae en todos los actores del sistema de salud y en las autoridades para que estas garantías sean efectivas y se respeten en la práctica.

Estos propósitos, aseguran los autores de la moción, se logran con su articulado, cuyo contenido se explica en el acápite anterior de este informe.

III. DISPOSICIONES LEGALES QUE EL PROYECTO MODIFICA.

El proyecto modifica el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un régimen de garantías en salud, en particular su inciso segundo, al suprimir su frase final en los términos ya descritos, y agregar en dicho artículo un inciso (cuarto) final con la norma ya descrita en acápites anteriores. Lo anterior guarda estrecha relación con lo dispuesto en la letra c) del artículo 4° de la misma ley en que se define lo que ha de entenderse por garantía explícita de oportunidad con alusión a un plazo dentro del cual han de otorgarse las prestaciones garantizadas, y cuyo incumplimiento da lugar a la aplicación del aludido artículo 24, que la moción propone modificar para reforzar en favor de los usuarios la garantía de otorgamiento de las prestaciones médicas.

IV. SÍNTESIS DE LA DISCUSIÓN EN LA COMISIÓN, Y ACUERDOS ADOPTADOS.

A) Discusión general.

El **diputado Tomás Lagomarsino** señaló que el proyecto de ley aborda un tema de especial relevancia en el ámbito de la salud pública como lo es el de las Garantías Explícitas en Salud, régimen establecido por la ley N°19.966 de 2004, que ha permitido avances significativos en la atención sanitaria de los chilenos, garantizando el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las prestaciones incluidas en las canastas de salud. No obstante, advirtió que, a pesar de sus logros, el sistema presenta áreas de susceptibles de mejora, especialmente en lo relativo al cumplimiento de los plazos establecidos para la entrega de estas prestaciones. Destacó que, a lo largo de los casi 20 años de implementación del régimen, se han incorporado una amplia variedad de patologías prioritarias, como enfermedades cardiovasculares, crónicas y cánceres. Sin embargo, señaló que el artículo 24 de la ley actual ha generado problemas prácticos, pues establece que la activación del segundo o tercer prestador de salud sólo ocurre si el paciente presenta un reclamo ante las autoridades correspondientes. Manifestó que esto es problemático especialmente para personas con enfermedades graves, como el cáncer, quienes a menudo no están en condiciones de gestionar este tipo de trámites administrativos mientras enfrentan su enfermedad. Subrayó que, antes de la pandemia, la cantidad de reclamos y garantías de oportunidad retrasadas no era tan alta, pero tras la crisis sanitaria, la situación se ha vuelto más crítica. A partir de las cifras más recientes, indicó que el número de garantías retrasadas ha aumentado drásticamente, superando las 85.000 a nivel nacional, lo que convierte este problema en una preocupación seria, especialmente en patologías como el cáncer. Presentó estadísticas alarmantes que muestran los retrasos en la atención para cánceres comunes y letales, como el cáncer gástrico y el cáncer colorectal, cuyas intervenciones quirúrgicas se han visto afectadas por los plazos incumplidos; y detalló algunos ejemplos, mencionando los retrasos en

enfermedades renales crónicas, colicistectomías preventivas y retinopatías diabéticas, que tienen mediana de retraso de 137, 116 y 119 días respectivamente.

Propuso en consecuencia la modificación legislativa contenida en la moción, que consideró sencilla pero eficaz pues permitirá activar automáticamente el segundo y tercer prestador en caso de retrasos, sin que el paciente tenga que recurrir a la interposición de un reclamo. Resaltó que el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) en el sector público, podría facilitar este proceso y ayudar a agilizar la atención de manera más eficiente. Aunque reconoció que el sistema privado no cuenta con una plataforma equivalente, sugirió que la tecnología podría ser parte de la solución para automatizar el proceso de activación de prestadores. Enfatizó que pequeños cambios legislativos como el que aquí propone, pueden generar grandes impactos, y que esta modificación podría ser un paso significativo hacia la mejora del régimen de garantía explícita en salud en Chile.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** destacó la relevancia del proyecto de ley en discusión, ya que modifica aspectos clave de la fiscalización en relación con el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud. En particular, reconoció que el sistema actual, basado en la presentación de reclamos por parte de los beneficiarios, no es tan eficiente como se quisiera, ya que depende de la acción del paciente para activar los mecanismos de control y seguimiento, lo que puede generar demoras innecesarias. También se refirió a los costos fiscales que podría generar la implementación de la propuesta, aunque aclaró que, a pesar de las posibles implicancias presupuestarias, la admisibilidad del proyecto, inicialmente objetada, ya había sido resuelta por la Cámara de Diputados.

Señaló que el proyecto de interoperabilidad en salud[1], que está en tramitación, podría ser una herramienta valiosa para mejorar el monitoreo y la fiscalización en línea de las garantías GES. La interoperabilidad, según explicó, permitiría un control más eficiente de los tiempos de cumplimiento y la notificación de las patologías, lo que reduciría los retrasos que actualmente afectan a los pacientes. En cuanto a la propuesta de modificar el procedimiento de activación del segundo y tercer prestador, contenida en la moción en análisis, explicó que la ley actual otorga un margen a los seguros públicos y privados para gestionar internamente el cumplimiento de los plazos, con la posibilidad de que la Superintendencia intervenga y designe un tercer prestador si no se cumple con los plazos establecidos. Indicó que, en casos excepcionales, la Superintendencia ha tenido que intervenir y designar un tercer prestador, pero que esto ha sido poco frecuente, ya que habitualmente se gestionan los retrasos a través de buenas gestiones con Fonasa e Isapres. Concluyó reconociendo que, aunque la idea detrás del proyecto de ley es muy positiva, es necesario evaluar cuidadosamente los costos asociados y la viabilidad de su implementación. Destacó que la progresividad sería fundamental para que el sistema sanitario pueda adaptarse a los nuevos requisitos y que, aunque la presión sobre Fonasa

[1] Alude al proyecto de ley que Modifica la ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el objeto de establecer la interoperabilidad de las fichas clínica; boletín N° 15.616-11 (S).

y las Isapres aumentaría, la medida podría tener efectos positivos en la mejora del cumplimiento de las garantías de salud.

Resaltó, sin embargo, que la implementación exitosa del proyecto requeriría tiempo y un análisis profundo de los recursos y la capacidad del sistema para llevar a cabo los cambios propuestos. Esto, porque la iniciativa no sólo afecta al sistema público, representado por Fonasa, sino también al sistema privado, es decir, a las Isapres, lo que amplía su impacto y la importancia de su implementación, puesto que el principal interés de la Superintendencia de Salud radica en el poder de fiscalización del cumplimiento de las garantías de oportunidad, el que actualmente está limitado, pues depende en gran medida de los reclamos presentados por los usuarios, lo que genera problemas como el retraso en el registro de las garantías por parte de los prestadores, lo que lleva a que algunos plazos se pierdan antes de que la Superintendencia de Salud pueda intervenir, pues ella carece de un rol directo en la gestión de los prestadores de salud, ya que esa responsabilidad recae en las Isapres y Fonasa. Sin embargo, dejó en claro que sí interviene en situaciones de incumplimiento de la garantía por parte del segundo prestador, como ocurre cuando se supera el plazo para la atención y se requiere designar un tercer prestador.

Calificó como esencial el que se defina de manera clara cómo debe funcionar el sistema en términos de las derivaciones automáticas de los pacientes a los sucesivos prestadores, de forma de evitar interpretaciones ambiguas, para su correcta implementación y el cumplimiento de las garantías de salud.

El **Director Nacional de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza** señaló que Fonasa es la institución encargada de asegurar el cumplimiento de las garantías explícitas en salud para sus beneficiarios. En primer término, destacó que se cumplen 20 años desde la implementación del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y subrayó los logros alcanzados durante este período, como las más de 63 millones de garantías de oportunidad satisfechas en el sistema, lo que refleja el esfuerzo de diversas administraciones. Resaltó también que sólo en el último año se cumplieron más de 5 millones de garantías de oportunidad en el sector público de salud, lo que representó un incremento de casi un 25% en comparación con 2023. Sin embargo, de esos 5 millones de garantías, un pequeño porcentaje (1,8%) correspondió a unas 80.000 garantías retrasadas, las cuales se distribuyen principalmente en tratamientos oftalmológicos y oncológicos, aunque aclaró que no todos los casos oncológicos que se encuentran retrasados son confirmados como cáncer. Agregó que, para enfrentar estos retrasos, especialmente en el área oncológica, se implementó un plan de acción que incluyó un sistema de derivación de pacientes a un segundo prestador, proceso se materializó a través de una licitación pública que cubre un monto de $219.000 millones por un período de tres años. Gracias a este mecanismo, Fonasa pudo derivar a más de 120.000 pacientes en el segundo semestre del año 2024, de los cuales la mitad correspondieron a casos de GES. Destacó que muchas de estas derivaciones se realizaron de manera proactiva, sin que los pacientes hubieran presentado reclamos, lo cual es un indicativo de que Fonasa está actuando antes de que las garantías caduquen, lo que permitió reducir los retrasos en las garantías a unos 77.000, en una sostenida tendencia a la baja.

Consideró que el proyecto de ley en debate, al proponer que Fonasa derive a los pacientes de manera automática, representa una medida proactiva para evitar que las garantías se venzan, lo cual es un paso importante en la mejora del sistema al legalizar la práctica de derivar pacientes sin esperar a que se cumpla el plazo para hacerlo. No obstante, señaló que existían algunos aspectos del proyecto que merecían más discusión, como la propuesta de levantar las sanciones en la modalidad de libre elección. Ello, argumentó, podría ir en contraposición con la normativa actual, que permite sancionar a los prestadores privados que no cumplen con las garantías GES, pues podría restar un incentivo importante para que las clínicas privadas cumplan con los plazos establecidos.

Concluyó que el proyecto puede fortalecer la proactividad de Fonasa en cuanto a las derivaciones, siempre que la potestad para otorgar las garantías siga siendo responsabilidad de los aseguradores, como Fonasa y las Isapres, y que la fiscalización esté a cargo de la Superintendencia de Salud.

La **Presidenta del Colegio Médico de Chile, señora Ana María Arriagada Urzúa** señaló que el Colegio Médico había identificado el problema relacionado con la asignación del segundo prestador de salud desde hace años, y la iniciativa en debate, afirmó, tiene el potencial de resolverlo. La actual exigencia de un reclamo por parte del paciente genera una dificultad para el cumplimiento de las garantías en salud, que deben responder a un enfoque de derechos en las políticas públicas, donde la salud sea accesible sin depender de la gestión individual de los pacientes. Desde esta perspectiva, se mostró favorable a la modificación propuesta, aunque también planteó que la asignación automática de un segundo prestador debe ir acompañada de ajustes importantes.

En relación con el texto propiamente tal señaló que si, a modo de sanción se elimina la posibilidad de ofrecer modalidad de libre elección dentro del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el castigo podría ser desproporcionado, pues dicha modalidad es una alternativa valiosa para que las personas resuelvan sus necesidades de atención según su capacidad de pago. Restringir esta posibilidad podría generar perjuicios, especialmente considerando la situación actual del sistema de salud, caracterizado por largos tiempos de espera y presiones sobre los recursos. Agregó que, si se elimina el requisito de reclamo por parte del paciente, los otros artículos de la ley que mencionan su necesidad resultarían incoherentes, ya que los afiliados no verían la necesidad de presentar una queja si el problema se resuelve automáticamente con un segundo prestador. En consecuencia, propuso la eliminación generalizada del mecanismo de reclamo, considerando que su existencia sería contradictoria con el enfoque propuesto de asignación automática de un prestador.

Otro aspecto importante señalado fue la necesidad de que el procedimiento y los mecanismos de asignación del segundo prestador consideren la integración de las redes asistenciales. A su juicio, la implementación de un algoritmo para asignar a los pacientes a un segundo prestador no puede prescindir de una integración adecuada de los servicios públicos y privados, especialmente en contextos de mayor

complejidad, como en zonas rurales o geográficamente aisladas. Si bien un sistema algorítmico podría funcionar en escenarios de alta interoperabilidad, alertó sobre los riesgos de una solución puramente tecnológica que ignore las realidades del sistema de salud y las complejidades individuales de los pacientes.

En cuanto a la asignación de pacientes con condiciones complejas, destacó que muchos pacientes que requieren atención en el sistema privado no encuentran solución debido a su alto grado de comorbilidad o a la complejidad de su situación clínica. Si bien la propuesta del proyecto tiene la intención de resolver este tipo de problemas, mostró su preocupación de que esto solo cree una ilusión de solución, lo que podría resultar en un mayor daño para los pacientes, quienes eventualmente serían rechazados por el segundo prestador y retornarían a su hospital de origen sin una solución definitiva.

Finalmente, subrayó que la iniciativa propuesta representa un paso positivo para eliminar barreras de acceso a la salud, pero reiteró que el verdadero desafío reside en fortalecer la capacidad del primer prestador de salud. Sin una red asistencial realmente robusta, que integre tanto los servicios públicos como privados de manera eficaz y equitativa, la asignación automática de un segundo prestador podría no ser una solución efectiva a largo plazo. Llamó a no ver este proyecto como una panacea, sino como parte de un esfuerzo más amplio y necesario para garantizar el acceso universal y la calidad de la atención para todos los ciudadanos.

El **Presidente de la Asociación de Isapres, señor Gonzalo Arriagada Lillo** analizó la propuesta contenida en la moción en relación con la aplicación de la cobertura GES en el ámbito privado, en el que las garantías del GES son “de acceso”, “oportunidad”, “calidad” y “protección financiera”. Aseguró que, aunque el sistema privado ofrece un importante número de beneficiarios (385.060 personas), muchos optan por la modalidad de libre elección de prestador y clínica, en lugar de recurrir a la red GES. Esto ocurre porque lo pacientes buscan atención de calidad y oportuna con un nivel razonable de cobertura, y en algunos casos prefieren no estar sujetos a la red cerrada del GES, lo que revela una diferencia significativa en las experiencias de los usuarios en el sistema público y privado.

Según la normativa vigente, cuando un prestador incumple la garantía de oportunidad, el beneficiario debe presentar un reclamo ante Fonasa o la Isapre, para que se designe un nuevo prestador. En los supuestos del proyecto de ley, la superintendencia ordenaría que Fonasa o la Isapre designen un nuevo prestador, incluso sin que medie un reclamo del afiliado. Por su parte en cambio, la reforma de Fonasa otorga la atribución de designar un segundo prestador de oficio, sin necesidad de reclamo alguno.

Se manifestó en desacuerdo con la propuesta de cambiar de prestador sin consultar previamente con el paciente pues, en algunos casos, el incumplimiento del plazo por algunos días no necesariamente significa que el paciente desee cambiar de prestador; forzar un cambio sin la consulta del paciente, en su opinión, podría generar dificultades, ya que muchos preferirían seguir siendo atendidos por su prestador original.

Sugirió en cambio que la superintendencia deba consultar con el afiliado antes de ordenar el cambio de prestador, para asegurarse de que esta decisión sea en beneficio del paciente. Consideró inadecuado que la superintendencia fuera responsable de designar directamente el segundo prestador, y al contrario, fue de opinión que sólo debería garantizar que las Isapres o Fonasa cumplan con su obligación de designar un nuevo prestador en los plazos y condiciones establecidos. La intervención directa de la superintendencia en casos específicos, a su juicio, podría resultar ineficaz, ya que no sería adecuado que dicha entidad se encargara de coordinar detalles operativos como el traslado de pacientes entre hospitales, lo cual es un proceso complejo y requiere coordinación directa entre los prestadores.

Destacó la necesidad de actualizar los protocolos que regulan el ingreso, monitoreo, gestión y cierre de las Garantías Explícitas de Salud, ya que muchos de estos protocolos están desactualizados. Afirmó que una actualización de estos protocolos sería esencial para evitar que se presenten casos en los que se reporten plazos incumplidos, cuando en realidad el paciente se atendió por la modalidad de libre elección o por otras circunstancias no relacionadas con el sistema GES. Recalcó que, para que el proyecto de ley funcione correctamente, es fundamental que se actualicen estos procedimientos para reflejar las realidades actuales del sistema de salud.

Aseguró que la cantidad de personas afectadas por el incumplimiento de los plazos establecidos en la ley, particularmente en lo relacionado con la Isapre, es un tema de baja relevancia, si se mide en función de los reclamos formales que se realizan. Según explicó, la Superintendencia de Salud efectúa auditorías anuales a las Isapres y publica los resultados en su página web. Detalló que, en las tres auditorías realizadas hasta la fecha, se habían detectado 58 casos de incumplimiento de plazos, lo que, a su juicio, no constituye un problema de gran magnitud dentro del sector privado. Sin embargo, remarcó que, aunque no se tratara de un tema de gran impacto, la situación sigue siendo importante y, por lo tanto, merecía ser abordada.

Insistió en la inconveniencia que la superintendencia asuma la tarea de designar directamente a los prestadores, ya que, según su experiencia, esta atribución no había sido aplicada eficazmente en el pasado, además de ser una carga adicional y complicada para la superintendencia, al tener que gestionar la designación de prestadores en todo el país. En lugar de esta medida, sugirió que el proyecto mantuviera la instrucción de que la superintendencia ordene a Fonasa o a la Isapre designar a un nuevo prestador, ya sea un segundo o un tercero o posteriores, pero sin que sea su responsabilidad directa hacer tal designación. Aseguró que lo más razonable sería que la superintendencia exigiera el cumplimiento de los plazos, pues ya cuenta con las atribuciones legales para hacerlo, aunque reconoció que el verdadero desafío radica en que la superintendencia ejerza esas atribuciones de manera efectiva.

Afirmó que un problema es la falta de conocimiento de los pacientes de sus derechos, no conocen los plazos de atención establecidos por las garantías explícitas de salud y, por tanto, no los exigen de manera adecuada. Este desconocimiento podría ser un factor limitante en la efectiva aplicación de la ley, por lo que propuso que se debiese incluir un mecanismo de información para que, cuando a un paciente se le autorice una prestación se le informe claramente sobre el plazo para recibir dicha

atención, y de las condiciones bajo las cuales puede cambiar de prestador si es necesario.

El **Presidente de la Asociación de Clínicas de Chile A.G., señor Javier Fuenzalida Santander,** indicó que el sector privado atiende a más de ocho millones de pacientes anualmente, y realiza una considerable cantidad de intervenciones quirúrgicas y exámenes, lo cual refleja la magnitud de su contribución al sistema de salud chileno. Explicó que, aunque el gremio de los prestadores de salud privados a veces tiene diferencias internas debido a la competencia activa entre sus miembros, éstos comparten una postura común en términos de colaboración con el sistema público de salud, pues reconocen su importancia. Aseguró que el proyecto en cuestión es en general positivo, en cuanto pone al paciente en el centro, un aspecto crucial para mejorar el sistema. También destacó que este proyecto se complementa con otras iniciativas que están en discusión, como las licitaciones y la modalidad de cobertura complementaria, para que más personas puedan acceder a servicios de salud de calidad, lo cual es fundamental para mejorar las listas de espera y las garantías de salud que aún presentan atrasos. Reiteró que las clínicas privadas, pese a las diferencias de enfoque que puedan tener en ciertos aspectos, están dispuestas a aportar con su red de prestadores y experiencia, ya que el sector privado tiene los recursos y la capacidad necesaria para apoyar la implementación del proyecto. Es fundamental aumentar el número de prestadores que participen en la solución de las listas de espera y, aunque se han dado pasos en la dirección correcta, aseguró, los recursos adicionales asignados a Fonasa para la derivación de pacientes, aún es insuficiente. Indicó que sería importante asegurar que los recursos estén disponibles para cubrir las necesidades del sistema y garantizar que los pacientes puedan ser derivados adecuadamente. En este sentido, mencionó que el proyecto debería considerar el tema de los traslados, ya que, aunque no se trata de trasladar pacientes de una punta a otra del país, en ciudades cercanas de diferentes regiones no siempre existen los recursos necesarios para estos traslados.

Enfatizó la importancia de que el sistema de seguro público funcione correctamente, con la autonomía necesaria para tomar decisiones informadas y con la capacidad de establecer acuerdos sobre aspectos como los valores de los servicios. Insistió en que un sistema centralizado y organizado, bajo una única entidad pública, como Fonasa, podría gestionar mejor las derivaciones de pacientes y optimizar el proceso. Concluyó y reiteró que, a pesar de las diferencias, las clínicas privadas están dispuestas a colaborar activamente en la solución de fondo de las listas de espera, comprometidos con el bienestar de los pacientes.

Afirmó que no es necesario establecer convenios formales para que el sistema funcione correctamente, dada la flexibilidad propia del sector privado, algo que, según él, el sector público no siempre puede lograr debido a las restricciones y reglamentaciones propias de su regulación. Sin embargo, subrayó que el objetivo es formalizar y fortalecer la relación entre el sector público y privado, especialmente en regiones donde esa colaboración es crucial. Afirmó que uno de los pocos aspectos positivos de la pandemia fue la evidencia de la complementariedad entre ambos sectores, lo cual demostró la eficacia del trabajo conjunto en beneficio de los pacientes.

Coincidió en que debe haber mecanismos de pago justos y precios adecuados que reflejaran correctamente los costos de las prestaciones, a lo que el sector que representa está dispuesto a colaborar para que la institucionalidad del seguro público estuviera debidamente fortalecida para garantizar una mayor transparencia y equidad. Una de las propuestas que el sector impulsa consiste en crear un panel de expertos o un grupo técnico que pueda discutir y establecer las normativas relacionadas con el pago y la calidad del servicio, lo cual permita una mayor claridad y un marco más protocolizado.

Afirmó que la industria tiene la disposición de colaborar en la creación de mecanismos que prevengan y restrinjan cualquier tipo de abuso en el sistema de salud. Reiteró que, al igual que otros sectores, su organización está comprometida en evitar estos problemas y que estaban dispuestos a trabajar en conjunto para garantizar que el sistema sea más justo y equitativo. Subrayó que su objetivo es contribuir a una nueva institucionalidad que, de acuerdo con los principios de justicia y transparencia, fortalezca el sistema de salud y mejore la atención a los pacientes.

El **diputado Rosas** compartió el argumento sobre la necesidad de disminuir el "castigo" a los prestadores de salud, así como el planteamiento de las Isapres relativo al consentimiento del paciente al traslado o cambio de prestador, algo que consideró crucial, sobre todo en las regiones del país. Mencionó que, en muchas ocasiones, los pacientes de zonas apartadas no desean ser trasladados, incluso si la ley les otorga este derecho. Esta situación se vuelve aún más compleja en regiones, donde la ley podría encontrarse con la resistencia de los pacientes, quienes no siempre están dispuestos a aceptar el traslado, aun cuando esté permitido por la normativa. Señaló que este fenómeno es más frecuente en las regiones y que hay que revisar cuidadosamente este aspecto del proyecto, ya que, además de la voluntad del paciente, algunos de ellos pueden estar padeciendo otras condiciones médicas que les impiden ser trasladados dentro de los plazos establecidos. De acuerdo con su experiencia en la red asistencial, estos casos no son infrecuentes, ya que muchos pacientes que son derivados al sistema privado o a otro prestador dentro de la misma red padecen comorbilidades graves que dificultan su traslado. El de los traslados, señaló, es un tema con altos costos asociados, debido a la falta de prestadores de servicios de ambulancia y transporte aéreo en el país, y debido a que existen monopolios en algunas regiones que complican aún más la situación. Resaltó la necesidad de tomar en cuenta estos aspectos prácticos dentro de la ley para que no se conviertan en un obstáculo para la efectiva implementación de los traslados de pacientes en el sistema de salud.

Destacó que el hecho de que 100.000 pacientes fueran trasladados el año 2023 desmitifica la idea de que la salud en Chile está completamente privatizada, como se suele decir, y demuestra que la resolución de listas de espera en su mayoría no ocurre en el sistema privado. Contrario a lo que se podría pensar, los traslados de pacientes en el contexto de la ley propuesta representan solo una pequeña fracción de los millones de pacientes atendidos en el sistema público, lo que refuerza la idea de que la realidad del sistema de salud no está tan sesgada hacia el sector privado como algunos sostienen.

Consideró importante incluir en la discusión de este proyecto la noción de “GRD” (Grupos Relacionados por el diagnóstico), un tema que ha sido parte de una larga lucha dentro del sistema de salud. En este sentido, sugirió que, si se han de fijar precios, estos deberían estar actualizados, reflejando los aumentos en los costos de la salud, y ajustados al Índice de Precios al Consumidor (IPC). De lo contrario, aseguró los hospitales podrían enfrentar restricciones que dificultarían la implementación de las derivaciones.

El **diputado Romero, don Agustín,** recordó su experiencia previa trabajando en una Isapre, lo que le permitió conocer a fondo los detalles de las normativas y procesos relacionados con el sistema de salud. A partir de esa experiencia, expresó su inquietud acerca de una norma que siempre le llamó la atención: la carga que se coloca sobre el paciente para reclamar sus derechos en caso de que no se cumpla con las garantías de oportunidad en la atención médica. En su opinión, esta carga es completamente injusta, ya que la responsabilidad de reclamar debería ser asumida por el sistema y no por el paciente. En su opinión, una “garantía de oportunidad” debe implicar que el Estado asuma la responsabilidad de garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y en el tiempo adecuado, sin que sea necesario que ellos tengan que iniciar un reclamo.

Argumentó que, si el sistema coloca la carga de acción sobre el paciente, entonces la garantía pierde su efectividad y se convierte en una promesa vacía. Señaló que, si el paciente tiene que activar todo el proceso de reclamar, es más razonable derogar la garantía de oportunidad y dejar las cosas como están, pues, a su juicio, no es eso lo que se busca. En cambio, lo ideal sería que el Estado asuma la responsabilidad de garantizar que la atención se entregue dentro de los plazos establecidos, sin que el paciente tenga que ser quien movilice el sistema.

Detalló que la práctica de implementar un convenio GES en la Isapre consistía en exigir a los prestadores que enviaran redes para asegurar el cumplimiento de las prestaciones; si el prestador no cumplía con la prestación garantizada, debía derivar al paciente a otro prestador que sí pudiera garantizar el servicio. Esta lógica debía aplicarse también al sistema público, porque, afirmó, en el sector privado, no existen listas de espera GES como en el sector público, donde las listas de espera son un desafío dramático.

Aclaró que el proyecto en debate no propone una “derivación automática” como algunos han interpretado, sino que dispone que sea Fonasa o la Isapre quien designe al prestador correspondiente cuando no se cumpla con la garantía de oportunidad. La ley, afirmó, deberá dar instrucciones claras a la Superintendencia de Salud para que, en tales casos, se asigne un nuevo prestador sin que el paciente tenga que intervenir. Criticó el hecho de que, actualmente, el beneficiario tenga que hacer todo el proceso de reclamación por su cuenta, a menudo cuando se encuentra hospitalizado o en una situación vulnerable. Explicó que, en este sentido, el sistema debería funcionar de manera que los pacientes no tengan que enfrentarse a todo el proceso burocrático, sino que la Superintendencia, los aseguradores públicos y privados, y otros actores del

sistema de salud se encarguen de gestionar estos casos. La creación de redes de prestadores, similar a la que se montó durante la pandemia, debería permitir que los pacientes reciban la atención correspondiente sin tener que involucrarse en trámites complejos y demorados.

****

B) <u>Votación general</u>.

- Sometida a votación la idea de legislar fue **aprobada por la unanimidad (7 votos),** de las diputadas Cordero, Gazmuri y Molina, y los diputados Lagomarsino, Palma, Romero don Agustín y Rosas.

****

C) <u>Votación particular.</u>

El proyecto, contenido en la moción, consta de un artículo único, del siguiente tenor:

"Artículo único.- Realícese en el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, las siguientes modificaciones:

1. En el inciso segundo elimínese la expresión: ", así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud".

2. Incorpórese un inciso final del siguiente tenor:

"Independiente de si el afectado interpuso un reclamo por incumplimiento, una vez cumplido el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por el prestador que corresponda en primer lugar, la Superintendencia de Salud ordenará al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, designar un prestador distinto para su otorgamiento. Una vez cumplido el plazo máximo para el otorgamiento por este prestador distinto, la Superintendencia de Salud designará el prestador donde se deberá otorgar las prestaciones de salud garantizadas."."

****

Pese a tratarse, como se describió, de una iniciativa de artículo único, la comisión acordó, acogiendo una solicitud (indicación) de votación separada presentada por el diputado Lagomarsino, proceder en consecuencia:

- Sometidos a votación particular en forma separada:

<u>Numeral 1</u> fue rechazado por la mayoría de los presentes (1 voto a favor, 5 en contra y 2 abstenciones). Votó a favor, la diputada Cordero. Votaron en contra las diputadas Astudillo, Molina y los diputados Lagomarsino, Palma y Romero, don Agustín. Se abstuvieron, los diputados Lilayu y Rosas.

.

<u>Numeral 2</u> fue aprobado por la unanimidad de los presentes (8 votos a favor). Votaron a favor las diputadas Astudillo, Cordero y Molina, y los diputados Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero, don Agustín y Rosas.

****

Con posterioridad, la comisión debió considerar dos indicaciones de autoría del diputado Lilayu, del siguiente tenor:

3. *Para agregar un artículo nuevo, del siguiente tenor:*

"Artículo 2. Agrégase, en el inciso segundo del artículo 29 de la ley N° 19.966, establece un régimen de garantías en salud, a continuación del punto final que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo nuevo:

"De configurarse esta última hipótesis, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional respectiva siempre deberá ofrecer a la persona beneficiaria un segundo prestador de oficio, sin necesidad de mediar reclamo por parte de ella.".".

4. *Del diputado Lilayu para agregar un artículo nuevo, del siguiente tenor:*

"Artículo 3. Agrégase, en el inciso segundo del artículo 29 de la ley N° 19.966, establece un régimen de garantías en salud, a continuación del punto final que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo nuevo:

"De configurarse esta última hipótesis, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional respectiva siempre podrá designar un segundo prestador de oficio, sin necesidad de mediar reclamo por parte de la persona beneficiaria.".".

Estas indicaciones que, como se detalló, consisten en la incorporación de un artículo segundo y un artículo tercero al proyecto, para modificar otros artículos de la ley N° 19.966, sin embargo, la comisión reparó en que ambas indicaciones propuestas abordan exactamente la misma materia ya regulada en los incisos finales ya incorporados al artículo 24 de la ley modificada por el proyecto en debate. En consecuencia, se determinó que no tendría sentido ni sería procedente votar las indicaciones del diputado Lilayu, toda vez que se refieren a un contenido que ha sido previamente aprobado a través del numeral segundo de la moción original y la indicación aprobada, y por tanto, serían incompatibles. Por su parte, el diputado Lilayu, autor de tales indicaciones, si bien coincide con lo señalado y que requiere patrocinio del Ejecutivo, destacó que su propuesta recoge observaciones planteadas incluso por opositores al proyecto y tiene como objetivo asegurar que las aseguradoras estén obligadas a ofrecer un segundo prestador cuando sea necesario, toda vez que el paciente debe tener la libertad de aceptar o rechazar esa derivación, resguardando así su derecho a decidir.

Planteado lo anterior, las **indicaciones 3 y 4 fueron retiradas por su autor, el diputado Daniel Lilayu.**

V. <u>INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES</u>.

La presidenta de la comisión declaró inadmisible una indicación del diputado Lagomarsino para incorporar un nuevo numeral 3 en el artículo único, del siguiente tenor:

"3. Incorpórase un inciso final, nuevo, del siguiente tenor:

El prestador que con anterioridad al cumplimiento del plazo máximo para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada proyecte que no podrá cumplir con dicho plazo máximo, podrá informar de ello a la Superintendencia de Salud para que esta ordene al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsión, según corresponda, designar un segundo prestador sin tener que esperar el incumplimiento del plazo máximo."

VI. <u>ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN</u>.

El <u>numeral 1 del artículo único</u> del texto original del proyecto de ley, tal como se indicó en el acápite de votación particular de este informe, fue **rechazado por la mayoría** de los presentes (1 voto a favor, 5 en contra y 2 abstenciones). Votó a favor, la diputada Cordero. Votaron en contra las diputadas Astudillo, Molina y los diputados Lagomarsino, Palma y Romero, don Agustín. Se abstuvieron, los diputados Lilayu y Rosas.

El texto así rechazado es el siguiente:

"Artículo único.- Realícese en el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, las siguientes modificaciones:

1. En el inciso segundo elimínese la expresión: ", así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud".

No hay otros artículos ni indicaciones rechazadas por la comisión.

VII. <u>MENCIÓN DE ADICIONES Y ENMIENDAS QUE LA COMISIÓN APROBÓ EN LA DISCUSIÓN PARTICULAR</u>.

En el artículo único del proyecto de ley, se presentó por parte del diputado Lagomarsino, la siguiente indicación:

"Para incorporar en el artículo único del proyecto, un inciso final del siguiente tenor:

***"Igualmente, tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional podrán de oficio o de propia iniciativa, según corresponda, nombrar un segundo prestador. Por otro lado, el afiliado siempre podrá rechazar el segundo o tercer prestador para mantener su atención en el prestador original.".**".*

****

Sometida a votación esta indicación se aprobó por unanimidad (10 votos a favor) de las diputadas Astudillo, Bravo, doña Marta, Gazmuri y Molina, y de los diputados Barría, Beltrán (en reemplazo de diputada Cordero), Lagomarsino, Lilayu, Romero, don Agustín y Rosas.

****

VIII. <u>TEXTO DEL PROYECTO COMO QUEDARÍA EN VIRTUD DE LOS ACUERDOS ADOPTADOS POR LA COMISIÓN</u>.

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente el señor diputado informante, esta comisión recomienda aprobar el siguiente:

PROYECTO DE LEY

"Artículo único. - Introdúcense en el artículo 24 de la ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, los siguientes incisos cuarto y quinto:

"Independiente de si el afectado interpuso un reclamo por incumplimiento, una vez cumplido el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por el prestador que corresponda en primer lugar, la Superintendencia de Salud ordenará al Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, designar un prestador distinto para su otorgamiento. Una vez cumplido el plazo máximo para el otorgamiento por este prestador distinto, la Superintendencia de Salud designará el prestador donde se deberá otorgar las prestaciones de salud garantizadas.

Igualmente, tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional podrán de oficio o de propia iniciativa, según corresponda, nombrar un segundo prestador. Por otro lado, el afiliado siempre podrá rechazar el segundo o tercer prestador para mantener su atención en el prestador original."

****

Se designó diputado informante al señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 14 y 21 de enero, 4 y 11 de marzo, 13 de mayo, y 3 de junio de 2025, con asistencia de los diputados y diputadas Danisa Astudillo Peiretti, Héctor Barría Angulo, Marta Bravo Salinas, Andrés Celis Montt, María Luisa Cordero Velásquez, Ana María Gazmuri Vieira, Tomás Lagomarsino Guzmán, Daniel Lilayu Vivanco, Helia Molina Milman, Hernán Palma Pérez, Agustín Romero Leiva y Patricio Rosas Barrientos.

Participaron, además, los diputados Hugo Rey, Enrique Lee y Henry Leal y, las diputadas Carolina Marzán, Clara Sagardía y Marisela Santibáñez.

Asimismo, estuvo presente el senador Chahuán.

Valparaíso, 27 de junio de 2025.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario (A) de la Comisión