



UNIVERSIDAD DE
TALCA

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE DERECHO

Análisis y Estudio del Nuevo Régimen de Garantías instituidas por la Ley N° 19.966 establece un Régimen de Garantías de Salud o Ley AUGE

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

PROFESORA GUÍA:
CARMEN LUISA NARANJO CARVACHO

PROFESORA INFORMANTE:
MARÍA FERNANDA VÁSQUEZ PALMA

ALUMNO MEMORISTA:
RUBÉN ANTONIO ROJAS VALDÉS

TALCA DICIEMBRE DE 2005.

Análisis y Estudio del Nuevo Régimen
de Garantías instituidas por la Ley N°
19.966 establece un Régimen de
Garantías de Salud o Ley AUGE

**Análisis y Estudio del Nuevo
Régimen de Garantías
instituidas por la Ley N°
19.966 establece un Régimen
de Garantías de Salud o Ley
AUGE**

*Dedicada a
Antonio Enrique mi padre por los valores legados,
María Graciela mi madre por los principios heredados,
Pablo Ignacio mi hermano por el apoyo, y especialmente
por su amor y cariño incondicional y muchas gracias;
a todos mis parientes tanto a los Rojas Pérez como a los
Valdés González no los voy a nombrar por razones de espacio;
el Servicio de Urología del Hospital de Talca muchas gracias;
a los conocidos de algún punto de este planeta
mis Amigas y Amigos de ayer, hoy y siempre...
Que estuvieron, están y estarán acompañándome*

RESUMEN.

En la presente Memoria se estudiará la conocida y debatida Ley AUGE pasando a ser un pequeño aporte a rama del Derecho de la Seguridad Social dentro de la parte que es llamada Medicina Social, en la cual se mira no solo a los tópicos generales en estas materias sino además otras cuestiones relativas y propias de la Ley ya aludida, en que se darán a conocer los nuevos derechos en materia de salud los cuales son cautelados y protegidos a través de las respectivas enfermedades cubiertas por el Reglamento AUGE, sin perjuicio de las modificaciones posteriores hechas por la nueva institucionalidad de salud en que ella traería un cambio sustantivo y formal en la manera de entenderlo, en que ello de ahora en adelante son derechos exigibles por el público usuario de la salud ante los establecimientos de salud correspondientes.

ABREVIATURAS DE USO FRECUENTE

AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas.

FONASA: Fondo Nacional de Salud

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

Ley AUGE: Ley N° 19.966 establece en Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Reglamento AUGE: Decreto Supremo N° 170 aprueba Reglamento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Salud de 2004.

INTRODUCCIÓN

En la presente Memoria develará acerca de la salud en el ordenamiento jurídico chileno a través de uno de los proyectos de ley más emblemáticos del Gobierno de Ricardo Lagos Escobar, el Plan o Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud, conocido por sus siglas como AUGE; en el cual se establecen una serie de garantías a los usuarios y beneficiarios tanto de las ISAPRES como del FONASA, pasando por períodos máximos de atención, operación o intervención quirúrgica, tratamiento y control médico si es factible, a ciertas patologías de común ocurrencia entre los chilenos y chilenas, que es posible evitar la muerte de esas personas, también se protege que si un prestador no puede dar cobertura a la enfermedad lo será otro debidamente calificado y que las dolencias cubiertas no se paguen más del 20 % del costo de su tratamiento.

La población chilena se encuentra ahora viviendo un proceso de evolución, ello hace urgente que se produzca un cambio de la mentalidad de las autoridades del ámbito de la salud, el que por más de dos décadas sea encontrado demasiado postergado; dividido en dos sistemas que según los últimos estudios de la autoridad, uno se lleva cuatro quintos de la población nacional que abarca toda clase de ingresos, pasando inclusive por los más humildes y otro con el quinto faltante entra a un sistema que ellos mismos se financian su salud. Ambos sistemas parten de una cotización mínima de un 7% de la remuneración, no importando si es activo o jubilado en cuanto a la calidad de la persona atendida.

En la presente obra trataremos veremos los errores de que padecen los sistemas de salud en relación con lo estatuido por la Constitución Política de 1980 y se dará a conocer la nueva estructura funcional de la salud chilena a través de los conceptos que allí aparecen, demostrando las relaciones entre el Derecho de la Seguridad Social y la Protección a la Salud no sólo de especialidad entre uno y otro sino desde la perspectiva normativa y doctrinaria, además los problemas que aquejan a los sistemas de salud chilenos desde el Proyecto de Ley hasta transformarse en Ley de la República, se apreciarán los puntos de contacto y divergencia de ambos derechos antes citados y la forma de relacionarlos con el Plan o Sistema AUGE y el conocimiento de cada una de las garantías establecida en la nueva normativa legal. En que la presente obra si padecemos alguna de las patologías que están actualmente o a futuro cubrirá de que manera las nuevas enfermedades que progresivamente se irán incorporando como serán a cada una de las garantías explícitas allí contenidas y como ciertos órganos determinarán y los criterios tomados para saber que enfermedad será protegida y cual no esta cautelada por aquella.

En cuanto a la forma de la siguiente memoria de que se efectuará tomando los criterios generales de las normas jurídicas y doctrinarios para llegar a los aspectos particulares, puesto que en ello empezaremos de las normas del Derecho de la Seguridad Social para llegar a la Salud, luego lo sucedido al interior del Congreso Nacional a través de cada una de las ramas del Parlamento sin perjuicio de las opiniones de los Diputados y Senadores, autoridades y personeros que intervinieron en la discusión del Proyecto y para culminar con la Ley de la República que fue aprobada a el cual se trata el contenido de la reforma de salud que ya es una realidad en nuestro país a partir del 1° de julio de 2005, en el que empezó a regir a todos los habitantes de la Nación.

En el Capítulo I de la misma se divide en dos partes, en la primera trata básicamente de la Salud y de la Seguridad Social desde cuando ellas se fueron tratando como políticas estatales y como surgieron en el Derecho chileno pasando incluso las principales leyes en materia de salud y por los criterios tomados para su regulación dentro de la Carta Fundamental de 1980 y en la segunda el carácter general de la Seguridad Social y la especialidad de la Salud por los principios reconocidos de esta área del Derecho que se conforman con la llamada Medicina Social.

En el Capítulo II de ella se centrará en la discusión parlamentaria en sus distintas etapas dentro del Congreso Nacional desde el Proyecto de Ley pasando lo acontecido en la Cámara de Diputados a través de sus debates en las respectivas comisiones y en sala y asimismo lo ocurrido en el Senado con la idea de legislar en las comisiones y la aprobación en general y particular con los cambios que allí se introdujeron hasta su aprobación nuevamente por la Cámara de Diputados de las reformas hechas en el Senado; todo lo anterior es sin perjuicio de las opiniones de las autoridades de gobierno, los parlamentarios y otras personas que intervinieron e hicieron posible que el proyecto ya sea una ley de la República.

En el Capítulo III de la presente se da a conocer fundamentalmente la estructura contenida en la Ley N° 19.966 establece en Régimen de Garantías Explícitas en Salud, el que también se divide en dos partes, la primera acerca de las normas contenidas en el Título I en el cual está piedra angular que permite ilustrar a la nueva organización de la salud la forma en que el Plan o Sistema AUGE y en la segunda trataremos de los Títulos II y III de la Ley antes referida los cuales son para ilustrar que se incorpora una solución alternativa a conflicto sin necesidad de llegar a los tribunales de justicia y un nuevo estatus de responsabilidad del Estado en materia de salud.

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO.

En el presente Capítulo centraremos nuestro estudio; por un lado, a partir de como la Salud se empezó a generar dicha Política Pública tanto a nivel legal siendo las principales normas legales que marcan la salud chilena como en las Cartas Fundamentales de 1925 (esta última modificada en 1970) y 1980 y por otro lado los sustratos jurídicos de la salud desde la óptica desde el Derecho de la Seguridad Social.

Primera Parte: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD EN CHILE.

Como toda norma jurídica hay que situarla dentro de un contexto social, la historiografía nos explica a través de los sucesos del pasado, que en el presente recordamos y en el futuro mejorar los errores y de ahí que dividamos en distintos momentos claves para la evolución de la salud a nivel nacional. En paralelo en Chile hay diferentes instantes los cuales veremos a continuación, viendo las distintas etapas y normas jurídicas que se produce una verdadera "*revolución*" en la manera de pensar o entender.

1.- Situación anterior a 1980.

Hay que abordar la historia de la salud en Chile la cual se empezó a generar como una Política Pública del Estado hacia sus habitantes, siendo una señal que alzo el vuelo en el Estado Social de Derecho, que empezó en el mundo después de la Primera Guerra Mundial hasta llegar al momento que se regula en la Carta Constitucional de 1980 y reconocido además por la Ley AUGE; mirando desde la perspectiva de un Estado Social de Derecho y lo regulado bajo la Carta Fundamental de 1925, rodeando algunas leyes importantes que tratan de esas materias dentro de la salud en nuestro país, que se entienden para nosotros como hitos.

(A) Etapa entre 1906 a 1925.

El Sistema de Salud Chileno se empezó a gestar, a través de la protección a los incipientes trabajadores, que nosotros creemos es a comienzos del Siglo XX, con los problemas de la *cuestión social* dentro de los sectores obreros, que se concentraba en la zona norte del país. Se cree que el

punto de partida fue la dictación de la Ley N° 1838 sobre constitución de Habitaciones para los Obreros (20 de febrero de 1906) en que nosotros opinamos que dicha ley es el inicio de la legislación tanto de la Seguridad Social como de la Salud; puesto que, concordamos con NANCUANTE y SOTOMAYOR, su "objetivo era resolver el problema habitacional"¹ de la clase obrera, con ello dicho sector tendría de ahora en adelante condiciones dignas donde vivir.

Como ya lo expresamos el llamado problema de la *cuestión social*, no sólo en Chile sino también en el mundo, el que empieza a marcar que se comiencen a dictar normas protectoras, debido a las presiones de los grupos trabajadores, o conocidos en la antigua legislación ya sea obreros o empleados², que se manifestaba en huelgas, boicot, paros, marchas, entre otras medidas de presión del proletariado; no podían sensibilizar todavía a los políticos para que cambiaran y dictaran una nueva legislación, ni menos con la Matanza de la Escuela Santa María de Iquique de 21 de diciembre de 1907³, a cargo del General Silva Renard a una masa de obreros del salitre que incluía a mujeres y niños en la cual hubo más de 100 muertos durante el Gobierno de Pedro Montt M. (1906-1910), que ni siquiera conmovió con esas muertes a la clase política ni menos a los dirigentes sociales de esa época. Los obreros y empleados demandaban cada vez más protecciones tanto en sus jornadas como fuera del lugar de trabajo, lo cual se plasmó hasta 1912.

El tipógrafo don Luis Emilio Recabarrén funda el Partido Obrero Socialista, que es una corriente desmembrada del Partido Demócrata, en la cual su línea de acción fundamental es la protección de la clase obrera de una manera representativa en el Congreso Nacional, el que posteriormente pasó a llamarse de ahora en adelante como Partido Comunista después de la Tercera Internacional Comunista⁴.

Como nosotros sabemos en 1920, la cuestión social se agrava cada vez más producto del fin de la Primera Guerra Mundial, en Chile se ve repercutido por una crisis económica y social; ya que como todos sabemos ese mismo año gana la Presidencia del país el Senador por Tarapacá don Arturo Alessandri Palma, el cual por todos los medios legales y constitucionales tolerados debe pedir la aprobación de las leyes sociales por el Congreso Nacional, las cuales siempre se han postergado, gestándose así la crisis política. El Parlamento nunca apoyo la labor del Presidente Alessandri Palma, hasta que en el mes de septiembre de 1924 entró en la discusión parlamentaria el famoso proyecto de las *dietas parlamentarias* que es conocido por todos nosotros y para llegar al *ruido de sables* la oficialidad militar haga presión para que se dicten las leyes sociales, que según CONCHA y MALTES,

¹ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto; Derecho de la Salud; Santiago de Chile; Editorial ConoSur Lexis Nexis; 2000: p. 12.

² Así lo establecía en el Artículo 2° del Código del Trabajo de 1931, contenido en el DFL N° 178 de 28 de Mayo de 1931.

³ Concha C., Alejandro y Maltes C., Julio; Historia de Chile; Sao Paulo Brasil: Editorial Bibliográfica Internacional; 1995: p. 399.

⁴ *Ibidem*. p. 402.

con los cuales nosotros concordamos, en las siguientes normas en las leyes que tratan sobre estas materias, se aprueban los: "contrato de trabajo, seguro obrero, accidentes del trabajo, empleados particulares, sindicatos industriales, personalidad jurídica de las sociedades cooperativas y aumentos de sueldo en el ejército y la armada"⁵, que son las Leyes N°s 4.053 a 4.059, por que ello traería aparejado la renuncia (o también llamado permiso) de Alessandri Palma para ausentarse del país por 6 meses y en que asume el poder el 11 de septiembre de 1924 la Junta Militar integrada por los generales Altamirano y Bennet y por el Almirante Nef.

(B) La Junta Militar de 1924-1925.

La Junta Militar antes mencionada, en opinión de los historiadores CONCHA y MALTES que nosotros seguimos, es una de las obras más importantes y "conveniente para el desarrollo del país"⁶, la creación del Ministerio de Salud llamado entonces por la Junta de Gobierno como Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, siendo su primer jefe de cartera don Alejandro del Río.

(C) Situación de 1925-1970.

Después de la llegada del Presidente de la República don Arturo Alessandri Palma, el cual trae la idea de reformar la Constitución de 1833, creando un nuevo Código Político, donde no se respetaron las normas modificatorias de la propia Carta Fundamental de 1833, sino que se llamó a un Plebiscito para consultar a la ciudadanía, si o no aceptaba la Constitución, pero como lo dicen los profesores VERDUGO, PFEFFER y NOGUEIRA, en el cual seguimos en esta óptica, el que sería un referéndum ciudadano por que se tenía que "optar por tres alternativas: el voto rojo -proyecto de gobierno-, el voto azul -proyecto que proporcionaba un régimen parlamentario reglado- y el voto blanco -que implicaba el rechazo de ambos proyectos y la búsqueda de otros proyectos para restablecer la normalidad -"⁷ y finalmente ganó la opción de Gobierno. Según la opinión, que seguiremos en esta parte del trabajo de la profesora BULNES ALDUNATE en este aspecto la Constitución de 1925 en su texto primitivo no esta regulado ni "contemplado como derecho a la salud"⁸, ya que es una Carta Fundamental marcada solo por los derechos individuales.

La manera que se concibe la salud, en opinión de GONZÁLEZ CORTÉS, que es "un deber primordial del Estado no solo mejorar las condiciones económicas sino también contribuir a sanear el

⁵ Ibidem. p. 410.

⁶ Ibidem. p. 411.

⁷ Verdugo M., Mario, Pfeffer U., Emilio y Nogueira A., Humberto; Derecho Constitucional; 1ª Edición; Santiago de Chile; Editorial Jurídica de Chile; 1994; pp.22 y 23.

⁸ Bulnes A., Luz; 1998; El Derecho a la Salud en los ordenamientos constitucionales chilenos. Gaceta Jurídica. Año XII N° 97. pp. 3-11.

medio ambiente, lo que es una de las bases en que descansa la salud⁹. Es por ello que expresa que la atención médica debe ser “suficientemente oportuna y eficaz”¹⁰, además se sigue repitiendo una frase de esa época aún ahora en el siglo XXI que pensamos que es plenamente válida, “...desde antaño se sabe que nuestros hospitales carecen de recursos, se debaten en un eterno déficit y que el Estado rara vez puede auxiliarlos”¹¹, lo que es actual y muy atinente a esta memoria, en relación con la Ley AUGE que le va otorgar autonomía a los hospitales.

En el Segundo Gobierno del Presidente Arturo Alessandri Palma ya a finales de ese gobierno se dicta una norma legal que tanto para nosotros como los autores NANCUANTE y SOTOMAYOR es la “primera norma mundial relativa a prevenir el desarrollo de enfermedades”¹², que es la Ley N° 6.174 de Medicina Preventiva, en ella se “impuso a todas las Cajas de Previsión la obligación de establecer el Servicio de Medicina Preventiva”¹³.

Luego con la llegada al poder del Frente Popular al Gobierno del entonces Presidente de la República don Pedro Aguirre Cerda y su Ministro de Salud don Salvador Allende, se da un cambio fundamental a las políticas de salud. Finalmente llegamos al año 1970 que la Salud entra con rango constitucional a la Constitución de 1925, lo que explicaremos a continuación.

En cuanto a las principales leyes en esta materia las veremos someramente en un apartado de más adelante en la obra.

(D) El Pacto o Estatuto de Garantías Constitucionales.

Como es sabido por todos nosotros en 1970 accede a ser Presidente de la República Salvador Allende G., él cual firma un pacto político entre la Unidad Popular y el Partido Demócrata Cristiano, pues este último le daba los votos para la aprobación en el Congreso Pleno y la primera mayoría relativa nacional y eso permitiría que accediera al poder y gobernará. Dicho Estatuto de Garantías Democráticas es el primer esbozo de que en Chile se cristalizan los derechos sociales, que es la Ley N° 17.398 de Reforma Constitucional de 9 de enero de 1971 incorporándose así un nuevo numeral 16 al Artículo 10 de la Constitución de 1925¹⁴.

Seguimos entonces la opinión de BULNES ALDUNATE, al respecto nos señala “no se consagra un nuevo derecho sino que establece una disposición pragmática que impone una obligación al Estado, la cual es:

⁹ González Cortés, Ezequiel; *Los Seguros Sociales (Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Ancianidad y Muerte)*; Santiago de Chile; Artes y Letras; 1927; p.109.

¹⁰ *Ibidem.* p.109.

¹¹ *Ibidem.* p.110

¹² Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto; *op.cit.* p. 13.

¹³ Gaete B., Alfredo y Santana D., Inés; *Manual de Seguridad Social*; Santiago de Chile; Editorial Artes y Letras Ltda.; 1949; p.148.

¹⁴ *Vid.*, así lo expresa los autores Nancuante y Sotomayor; *op.cit.* pp. 17-18.

- 1.- Velar por la salud pública.
- 2.- Mantener un Servicio Nacional de Salud¹⁵.

Esta reforma constitucional creemos se tomó la opinión de GAETE y SANTANA al seguir las necesidades primordiales de la salud indicadas por el Informe Beveridge que "(...) las enfermedades de (...) las personas aseguradas o de las que dependen de ellas, combatida por tratamiento prestado en virtud del Servicio Nacional de Salubridad y rehabilitación después del tratamiento"¹⁶.

Lo que no regulo el Constituyente de 1970 es considerar alguna señal de acción de los privados en materia de salud. Toda la garantía antes señalada, rigió en plenitud hasta el 11 de septiembre de 1973, ya que como es sabido por todos se produce el Golpe Militar, uno de sus cimientos para asumir el poder es el desconocimiento de los derechos fundamentales¹⁷, que es una de las causas para llegar al mando de la Nación.

(E) Principales Leyes en materia de Salud del período.

Creemos que después de un arduo estudio del período ya estudiado las principales leyes de salud de este período de más 65 años. Las que se clasifican según NOVOA FUENZALIDA, en dos tipos: Textos Normativos Orgánicos (que son las normas que fijan la organización y atribuciones de los respectivos órganos) y Textos Normativos sobre Derecho a Prestaciones o Beneficios (que son las normas que fijan derechos y obligaciones a los usuarios y a las respectivas)¹⁸. Entre otras destacan

- (i) Ley N° 3.385 aprueba el Código Sanitario de 1918.
- (ii) Ley N° 4.054 sobre Seguro Obrero Obligatorio de Enfermedades e Invalidez de 1924.
- (iii) Decreto Ley N° 44 crea un nuevo Departamento de Estado Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social de 1924.
- (iv) Decreto Ley N° 66 destina fondos para instalar el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social de 1924.
- (v) Decreto Ley N° 602 establece un nuevo Código Sanitario de 1925.
- (vi) Decreto Ley N° 689 organiza los Servicios de Asistencia Social de 1925.
- (vii) Ley N° 6.174 establece el Servicio de Medicina Preventiva de 1938.
- (viii) Ley N° 10.383 sobre Servicio de Seguro Social Obrero de 1952.
- (ix) Decreto con Fuerza de Ley N° 286 organización y funciones del Servicio Médico Nacional de Empleados de 1960.

¹⁵ Bulnes A., Luz; op.cit. p. 4.

¹⁶ Gaete B., Alfredo y Santana D., Inés; op.cit. p.94

¹⁷ Concha C., Alejandro y Maltes C., Julio; op.cit. pp. 625 a 630.

¹⁸ Vid., Novoa Fuenzalida, Patricio; Nueva Legislación sobre Salud y Previsión Social; Santiago de Chile; Editorial Jurídica de Chile; 1982; pp.331 a 333.

(x) Ley N° 15.076 texto refundido, coordinado y sistematizado del Estatuto para los Médicos-Cirujanos, Farmacéuticos o Químicos- Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos Dentistas de 1963.

(xi) Ley N° 16.701 sobre medicina Curativa de los empleados públicos y particulares de 1967.

(xii) Ley 16.744 Seguro Social contra riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de 1968

(xiii) Ley N° 16.781 otorga Asistencia Médica y Dental a los imponentes activos y jubilados de los organismos que señala de 1968.

(xiv) Decreto Ley N° 2763 reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el FONASA, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud de 1979 o Ley Orgánica del Ministerio de Salud.

Estas son las más importantes leyes en materia de salud de caracteres universal y general del período, ya que la mayoría se trata de pensiones de viudez, por esa era una de las tareas del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, en sus comienzos y hasta bien avanzada los años '50 con la creación del Servicio Nacional de Salud.

2.- La Salud y la Seguridad Social a partir de 1980.

2.1 El Derecho a la Salud en la Constitución de 1980.

(A) Antecedentes Jurídicos del Derecho a la Salud.

Como bases fundamentales a seguir por nosotros tomaremos el Decreto Ley N° 128 de 1973 o conocido como Declaración de Principios de la Junta de Gobierno y también el Decreto Ley N° 1552 de 1976 o llamado como Acta Constitucional N° 3.

(i) **El Decreto Ley N° 128 de 1973:** según la opinión de BULNES ALDUNATE que nosotros seguimos en esta óptica se contempla el *Principio de Subsidiariedad* y el *Deber de Propender al Bien Común General*, que debe ser respetado, por que al "Estado solo va asumir aquellas tareas que los privados no están en condiciones de asumir o cumplir de una manera correcta o por que la trascendencia a la población no sugiere suministrarla a sectores privados ya que su orden le pertenece al Fisco"¹⁹ ello por que las condiciones en que asumiría es oportuna por que el Estado ha contribuido a superar las diferencias y el respeto del principio ya enunciado y desde una perspectiva finalista a través del reconocimiento de los grupos en torno a los cuales se organiza la sociedad.

(ii) **El Decreto Ley N° 1552 de 1976:** con respecto a lo dispuesto allí y continuando lo seguido por la profesora BULNES ALDUNATE, en que el Estado le corresponde en materia de salud las funciones:

¹⁹ Bulnes A., Luz; op.cit. p. 4.

- "a) Garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de salud.
- b) La coordinación y control de las acciones integradas de salud, y
- c) La ejecución de las acciones de salud."²⁰

(B) La Comisión de Estudios de la Nueva Constitución o Comisión "Ortúzar" y el Derecho a la Salud.

(i) Consideraciones previas: integración y conformación de la Comisión de Estudios: Esta Comisión la integraron las siguientes personas formaron parte de dicha Comisión: Sergio Díez, U. Jaime Guzmán E., Enrique Ortúzar E. y Jorge Ovalle Q., actuando como Secretario Rafael Larraín y siendo su Presidente don Enrique Ortúzar, de ahí que sea llamada como Comisión Ortúzar; luego integraron la Comisión Enrique Evans de la C., Gustavo Lorca R. y Alejandro Silva B., que ello se encuentra en el Decreto Supremo N° 1064 de 25 de octubre de 1973, que el objetivo de la Comisión era "estudiar, elaborar y proponer un proyecto de Nueva Constitución"²¹ y el último integrante de la Comisión fue Alicia Romo R. en diciembre de 1973. Estos comisionados sesionaron libremente y sin dificultades una vez asumida la Junta de Gobierno como lo expresan VERDUGO, PFEFFER y NOGUEIRA. Estos autores expresan que los Comisionados Alejandro Silva B., Enrique Evans de la C. y Jorge Ovalle Q., salieron por distintos motivos en 1977 y siendo reemplazados por las siguientes personas Luz Bulnes A., Raúl Bertelsen R. y Juan Carmona P.

(ii) El Derecho a la Salud en dicho Anteproyecto y su contenido: el cual nos decía al respecto:

"Art. 19. La Constitución asegura a todas las personas:

8° El derecho a salud.

El Estado garantizará el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo la coordinación y control de las acciones de salud relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.

Cada persona tiene derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse sea público o privado. Toda sistema de salud deberá someterse a las normas legales correspondientes".

Según la opinión de la profesora BULNES ALDUNATE la cual nosotros seguimos en esta parte, señalamos que la salud presenta los siguientes caracteres:

- "a) Se consagra el derecho a la salud como un derecho social.
- b) Al Estado se le entrega un papel relevante en materia de salud, que es de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, de coordinación y control de las mismas.
- c) Las acciones de salud puede prestarse por instituciones públicas o privadas.

²⁰ Bulnes A., Luz; op.cit. p. 5.

²¹ Verdugo M., Mario, Pfeffer U., Emilio y Nogueira A., Humberto; op.cit. p. 76.

d) Aparece un derecho individual en materia de salud, cual es que cada persona tiene derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado²².

(C) El Consejo de Estado y el Derecho a la Salud.

(i) Consideraciones preeliminares de su conformación e integración del Consejo de Estado: como nosotros sabemos el Presidente de la República el General Augusto Pinochet Ugarte, había solicitado la opinión al Consejo de Estado una vez terminada la labor de la Comisión "Ortúzar", los profesores VERDUGO, PFEFFER y NOGUEIRA, señalan que dicho órgano consultivo lo conformaban en 1978 las siguientes personas: Jorge Alessandri R., Gabriel González V., Enrique Urrutia M., Héctor Humeres M., Oscar Izurieta M., Ramón Barros G., Renato García V., Vicente Huerta C., Juan Carmona P., Hernán Figueroa A., Enrique Ortúzar E., Carlos Figueroa C., Julio Phillippi T., Pedro Ibáñez O., Mercedes Ezquerria B., Guillermo Medina B., y Juan Coloma C.; siendo su Secretario Rafael Valdivieso²³.

(ii) El Derecho a la Salud en dicho Texto y su contenido: el cual nos decía al respecto:

“Art. 19. La Constitución asegura a todas las personas:

...9. ° El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo. Le corresponde, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente para el Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea público o privado”.

Como vemos de la mera lectura de ambos se ven algunos cambios sustanciales y que en opinión nuestra y siguiendo la opinión de la profesora BULNES ALDUNATE, que estimamos que son:

- Un cambio en la redacción al decir ahora: “El derecho a la protección de la salud”.
- En que lo regulado pasa a ser un derecho social que podría ser un doble orden, no solo para los gobernantes sino también a los privados, entendido:

“1) De no ejecutar acciones que vayan en contra de la salud.

2) De adoptar las providencias que sean necesarias para resguardar la salud de todas las personas²⁴.

²² Bulnes A., Luz; op.cit. p. 6.

²³ Verdugo M., Mario, Pfeffer U., Emilio y Nogueira A., Humberto; op.cit. 89.

²⁴ Bulnes A., Luz; op.cit. p. 5.

- Además si vemos al último texto en que por una parte, entre el control y la coordinación de las acciones de salud al Estado y por otra parte, establece que tales acciones pueden prestarse por organismos públicos o privadas.

- Se consagra como derecho individual, la opción de elegir el sistema de salud público o privado.

(D) El Derecho a la Protección de la Salud propiamente tal y su texto definitivo.

(i) Contenido de la norma constitucional: Según lo señalado por EVANS DE LA CUADRA, el cual nosotros tomamos, piensa que el Constituyente de 1980 ha dicho que las acciones allí citadas en relación con la salud, pueden hacerse por instituciones estatales o privadas, siendo viable su compatibilidad entre ambos sistemas de salud a los que cada individuo pueda optar, y que todo control del Estado en las prestaciones en salud, queda vedado para la comunidad y por la organización, que ninguna ley ni autoridad alguna establezcan un sistema único de salud hecho por el Fisco, que no limite la labor de los privados y estos estén sujetos al control y coordinación de la potestad estatal,²⁵ y que dichas líneas se trato de buscar la eliminación un sistema de salud estatal único que “pudiere ser una fuente de dominación política o ideológica sobre la población y simultáneamente, cautelar la necesaria intervención del Estado, a través de un rol subsidiario, para que las prestaciones que se brinden o se ofrezcan sean idóneas y adecuadas”²⁶.

Además si seguimos lo dicho por VÍO VALDIVIESO, el cual piensa que se trata de una norma extensa, que ha considerado el progreso que ha tenido el Concepto de Salud y la carga que con respecto le cabe al Estado y la decisión de los privados cuya intervención en esta área es delicada y pudiendo inclusive privar la vida de las personas y es por ello que presenta “la característica de un derecho individual y social” y de ahí se dice que el concepto de salud que “no solo dice relación con la medicina curativa sino también con la prevención de enfermedades”.²⁷ Y este mismo autor que muy claramente los dice se trata de “una responsabilidad fundamental en todo lo referente a la salud de la población”²⁸, es decir, lo que dice relación con la coordinación y control de las acciones de salud. Pero en lo que implica a la ejecución de las mismas es un deber preferente “del Estado atenderla ello debe entenderse sin perjuicio de la libre iniciativa particular”, ya que cada individuo tiene el derecho de optar entre el sistema publico o privado de salud.

²⁵ Evans de la Cuadra, Enrique; Los Derechos Constitucionales; 2ª Edición; Santiago de Chile; Editorial Jurídica de Chile; 1997; pp.316-317.

²⁶ Evans de la Cuadra, Enrique, op.cit. pp.317-318.

²⁷ Vío Valdivieso, Rodolfo; Manual de la Constitución de 1980; Santiago de Chile; Ediciones Colchagua; 1988; p.217

²⁸ Vío Valdivieso Rodolfo, op.cit. p.217

Mientras que los autores NANCUANTE y SOTOMAYOR ellos hacen una descomposición de la norma anteriormente señalada entre los distintos incisos en particular, que por razones de espacio y contenido no las veremos en detalle por lo demasiado extenso.

(ii) **Criterios seguidos por el Constituyente de 1980:**²⁹ siguiendo las opiniones de los profesores URZÚA VALENZUELA y EVANS DE LA CUADRA, los cuales tomamos en esta parte de la obra, los cuales siguen al Informe del Ministro de Salud de la época de redacción de esta norma General de Brigada Aérea Fernando Matthei Aubel, y complementado por las opiniones especializadas de los doctores Julio Pizzi y Pablo Casanegra decanos de la Facultades de Medicina de la Universidades de Chile y Católica de Chile, respectivamente.

El doctor Pizzi a través de un Memorándum suyo señala su perspectiva al Derecho de la Salud el que puede sintetizarse básicamente en los siguientes puntos: (1) Se reconoce el derecho a la salud de las personas; (2) El derecho a la salud comprende las diferentes etapas y circunstancias de la vida; (3) El Estado tiene el deber principal de coordinar las acciones de la salud de las personas a través de la promoción, protección y rehabilitación de las personas; (4) Las acciones deben ser eficientes e ir de la mano con los avances y particularidades del país; (5) Las personas tienen el deber de colaborar con el Estado en las acciones de salud no sólo individual sino familiar y comunitario, y (6) Todas las acciones de salud tienen como fin último el bien común.

Mientras que el doctor Casanegra coincide con la opinión del otro decano y cree que la Constitución no debe ser tan minuciosa ya que se obliga a ser complementada en otras etapas por otras normas legales, por ello es partidario de una regulación sucinta o breve y además el Estado tiene una vital responsabilidad en lo que respecta a la salud de las personas que habitan el país lo que se traduce en realizar, regular o acertar los medios a una atención médica, por el Estado y no de manera exclusiva, además centrar por todos los medios económicos y humanos para que los habitantes sean atendidos en los distintos sistemas de salud y finalmente decir de que este -Estado- se preocupa de la función normativa de carácter controladora.

Además en el ya citado Informe del General Matthei a la Comisión Ortúzar el cual se sintetiza en los siguientes puntos principales:

1.- *Definición de Salud:* lo que se entiende por salud es un concepto muy variable y ha experimentado cambio, pasando de una concepción rígida y limitada; hasta llegar a una ampliación del concepto, esto es, *ausencia de enfermedades, ya sea por signos o síntomas pasando por aspectos psicológicos y*

²⁹ Vid., así lo expresa Yáñez Guillicci, María Carolina; 2001; El derecho a la protección de la salud en Chile a la luz de la doctrina y jurisprudencia nacional, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales; Universidad de Talca; Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; Escuela de Derecho; Talca Chile; pp. 30-70

sociales. Lo cual debe ser protegida y acrecentada por las acciones de salud, no solo de recuperación y protección sino que incluirse el fomento y la rehabilitación.

2.- *Significado de la Salud*: que es importante reseñar si es posible una disposición y esta se entiende como un elemento positivo para la persona y la comunidad en su conjunto esto forma parte del patrimonio y factor de desarrollo del país.

3.- *Responsabilidad del Estado*: lo cual es personalísimo, lo que permita un acceso igualitario y libre a las preocupaciones de la población, ello no incide que los privados colaboren en las tareas de la salud y por que es subsidiario el rol o quehacer de ellos en salud, y no se admite lo contrario; es por que el Estado y solo aquél tiene esta función subsidiaria.

4.- *Deber del Estado*: entre los que destacan son: normar, planificar, coordinar, contratar y ejecutar las políticas de salud. Y se limito al sector privado a las acciones de recuperación y rehabilitación, mientras que las acciones de fomento y protección que se sustenta a través de facultades interrelacionadas y es por esto que se relacionan con áreas del sector social.

5.- *Libre Elección*: lo que se traduce básicamente en el derecho que existe a toda persona de elegir de forma libre su actuación y entre el sistema publico o privado que diseñan sus propias normas.

En fin, se pensó en una normativa que garantizará el derecho de los privados en materia de salud y los lineamientos que debe seguir el Estado, además, la protección de la salud de todas las personas y el derecho de elegir entre un sistema de salud público o privado, entendido como libertad de elegir al profesional y al sistema que quiera el afiliado, siendo esto materia de protección por vía de la respectiva Acción Constitucional que establece el Art. 20 de la Constitución Política de 1980. Al mismo tiempo, se garantizan las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de los individuos ante los organismos públicos o privados y que ejecuten las otras tareas de salud como control y coordinación, en ambos sistemas³⁰.

A la postre para completar esta garantía se dicto la Ley N° 18.469 regulo el ejercicio del Derecho a la Protección de Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, de 23 de noviembre de 1985³¹.

2.2 El Derecho a la Seguridad Social en la Constitución de 1980.

Al igual como pasa en la Salud fue incorporado a nuestro ordenamiento jurídico por el llamado Estatuto de Garantías Democráticas que ya fue explicado anteriormente en la presente Memoria.

³⁰ Cfr., a las obras de Urzúa Valenzuela, Germán. Manual de Derecho Constitucional 1ª Edición Santiago de Chile Editorial Jurídica de Chile 1991. pp 201 a 204.y Evans de la Cuadra, Enrique op.cit. pp. 321 a 324.

³¹ Vid., el apéndice del Código del Trabajo Ley N.º 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud

(A) Concepto de Seguridad Social.

Para nosotros no existe una definición única dada para esta rama del Derecho, para lo cual daremos algunas de ellas siendo las más importantes a nivel nacional, tales son:

(i) Según BOWEN HERRERA, el cual toma dos conceptos de Seguridad Social tanto Política Social como Ciencia Jurídica siendo esta última la que importa y es objeto de nuestro estudio en la presente, se entiende, como “el conjunto de principios que se conocen a todo ser humano el derecho a los bienes indispensables para prevenir las contingencias sociales y cubrir sus efectos y que regulan las instituciones requeridas para ello”³², y luego da a conocer los aspectos en que se enmarca o limita dicha definición que por lo extenso no lo vamos a desarrollar por que se escapa del objeto de estudio de la obra.

(ii) Mientras que para NANCUANTE y SOTOMAYOR, proporcionan dos conceptos diferentes tomados de distintas perspectivas³³:

- Es el “conjunto integrado de medidas públicas para la prevención y remedios de riesgos personales mediante prestaciones individualizadas y económicamente evaluables, cuyo fin es la protección general de las situaciones o estados de necesidad sociales” y luego se sigue con los principios de esa área del Derecho que veremos más adelante y en detalle, los que se aplican en el ámbito de la salud.

- Otra definición de estos autores es la dada por la Organización Internacional del Trabajo, al decir que es la “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían en una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y ayuda a las familias con hijos”.

(B) El Derecho a la Seguridad Social en el Acta Constitucional N° 3.

El cual se encontraba regulado de la siguiente manera:

“21. El derecho a la seguridad social.

Corresponde al Estado formular la política nacional de seguridad social, controlar el funcionamiento del sistema y asegurar el derecho preferente a los afiliados a efectuar su operación.

La ley establecerá un sistema de seguridad social que satisfaga de modo uniforme, solidario y suficiente los estados de necesidad individuales y familiares producidos por cualquier contingencia y especialmente por los de maternidad, vejez, muerte, accidente, enfermedad, invalidez, cargas familiares y desempleo, mediante las correspondientes prestaciones preventivas, reparadoras y recuperadoras”.

³² Bowen Herrera, Alfredo; Introducción a la Seguridad Social; 3ª Edición Actualizada; Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile.1992. pp.96 y 97.

³³ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto; op.cit. pp.7 y 8.

Dicha norma nos enfoca a la Seguridad Social desde una perspectiva meramente descriptiva, el cual se entiende como “un sistema legal cuyo objetivo es proporcionar a las personas beneficiarias diversas prestaciones que cubran los estados de necesidad que deriven en la enfermedad, de la edad, de la cesantía y de la muerte, en forma general, integral y, en lo posible, uniforme”³⁴, al decir que los principios son:

- Generalidad: expresa un requerimiento de protección para todas las personas.
- Integralidad: supone la cobertura completa de los riesgos.
- Uniformidad: es el sometimiento de todos al mismo régimen previsional.

En cuanto a las prestaciones que se establecían esta garantía eran correspondían a los principios antes señalados y se deberán cubrir algunas contingencias propias de la Seguridad Social como las que allí se señalan entre las que se enumeran estas son las siguientes:

- Maternidad, es el estado de gravidez durante los períodos de pre y postnatal fundamentalmente y otros beneficios para el caso de enfermedades del hijo menor.
- Vejez, esto para las mujeres mayores de 60 años y los hombres mayores de 65 años, que se jubilan y salen del sector activo de la Economía.
- Muerte, accidental o espontánea del sostenedor del hogar que reciban ayuda sus beneficiarios.
- Accidente, que puede ser del trabajo y personal que sufran en edad activa los trabajadores.
- Enfermedad, ya sea profesional o común que se encuentra cubierta su protección en caso de padecerlas a cualquier persona sin importar.
- Invalidez, recibir ayuda los parientes del sostenedor del hogar.
- Desempleo, en caso de separación temporal del empleo sostén de la casa.

Cabe destacar, que hasta ese momento en Chile existían las llamadas Cajas de Previsión en que todos cotizaban para todos, lo que cambio a partir de la dictación del Decreto Ley N° 3500 establece Nuevo Sistema de Pensiones de 13 de noviembre de 1980, se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones, en que implanto para cada trabajador una Cuenta de Capitalización Individual sin importar los fondos acumulados, es por ello que esta situación se aplicaba en ese momento.

(C) El Derecho a la Seguridad Social en la Constitución Política de 1980 propiamente dicho.

De la mera lectura se ven algunas diferencias entre lo que se establecía antes que era una Política Nacional del Estado, pasando ahora a ser una Acción del Estado al establecerse una situación más general a diferencia de la enumeración que antes aparecía que serán prestadas por órganos estatales y privados que se sujeten a las normas legales, tales como las AFP e ISAPRES. Además el Estado cuidará que se cumpla el ejercicio de este derecho a través de las cotizaciones obligatorias, que en

³⁴ Ibidem. pp.19 y 20.

nuestro Derecho del Trabajo, son de dos clases tanto en previsión que es 10 % como en Salud en 7 % de los ingresos del trabajador de manera que si el empleador no lo hace esos descuentos arriesga algunas sanciones o el propio trabajador, si es independiente; se trata de cotizaciones obligatorias en opinión de la profesora ROJAS MIÑO, descuentos ordenados por la ley laboral³⁵.

Por último cabe señalar que al señalar que el Estado le corresponde la *supervigilancia el adecuado ejercicio*, esto se traduce en que al ser prestado por organismos públicos y privados siendo estos últimos que se encuentran limitados por el respectivo marco legal y tales casos son los cuerpos intermedios que en el Derecho Administrativo se encargan de la fiscalización y control que se relacionan con los respectivos Ministerios del ramo para que dichos entes privados actúen dentro de la normativa legal y sus actos a la población no constituyan discriminaciones arbitrarias al público general, como las llamadas Superintendencias que en este caso son las de Administradoras de Fondos de Pensiones, de Salud y de Seguridad Social, las cuales las definimos *entes autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propios y descentralizados que su tarea es vigilar el respeto del orden legal tanto de los entes fiscalizados como del público en general*.

Además se verán más adelante el desarrollo de esta Memoria otros alcances de este derecho en el texto de la Constitución Política de 1980, contenidos en la misma disposición normativa como es la garantía de regulación por una ley en sentido formal y que dicha ley sea de quórum calificado.

3.- Otras Garantías en Salud y Seguridad Social en el texto de la Constitución de 1980.

En el texto de la Carta Fundamental no sólo aparecen las garantías ya mencionadas y estudiadas sino que también se señalan otras garantías de importancia relativa, por que su estudio no sea en forma directa como las ilustradas anteriormente, de forma complementaria e indirecta tales son:

(A) La Igualdad ante la Ley.

La cual según la opinión de los profesores VERDUGO, PFEFFER y NOGUEIRA de la cual nosotros tomamos como parte de esta obra que consiste "que las normas jurídicas deben ser iguales para todas las personas que se encuentren en las mismas circunstancias y que no deben concederse privilegios ni imponerse obligaciones a unos que no benefician a otros o gravan a otros en condiciones similares".³⁶ Esto es, lo que más se ajusta al objeto de estudio de la presente Memoria, ya que al no ser una norma absoluta sino que debe aplicarse en el caso particular de acuerdo a las distinciones

³⁵ Rojas Miño, Irene. Apuntes de Clases de Derecho del Trabajo. Talca Chile. 2002. Clase de 2 de Julio de 2002.

³⁶ Verdugo M., Mario, Pfeffer U., Emilio y Nogueira A., Humberto; op.cit. p. 209.

especiales entre aquellos que no están en la dicha situación, en que no se traduzca en separación, ni sea hostilidad contra personas ni se transforme en un favor personal o de grupo de personas.³⁷

(B) La Garantía de Ley de Quórum Calificado.

En la norma relativa dentro del Derecho de la Seguridad Social, las leyes que regulan su ejercicio son de quórum calificado, que señalamos al igual que los profesores VERDUGO, PFEFFER y NOGUEIRA, su “propósito es darle estabilidad a esta normativa”³⁸ por que es iniciativa de la Junta de Gobierno, ello se traduce que como señala el texto de la Constitución Política de 1980, que nos dice:

“**Art. 63.** Inciso 3. ° Las normas legales de quórum calificado se establecerán, modificarán o derogarán por la mayoría absoluta de los diputados y senadores en ejercicio.”

Para el profesor NOGUEIRA al igual que nosotros, estas normas legales “refuerzan el carácter consociativo de la democracia chilena para un conjunto de materias misceláneas”³⁹, regulan diversas materias entre una de ellas es la ordenación de la Seguridad Social.

(C) Las Materias de Ley.

En la Constitución Política de 1980, hay ciertas materias que deben ser reguladas necesariamente por una ley, que en opinión del profesor NOGUEIRA, el cual seguimos, que es “el acto del Congreso Nacional siguiendo el procedimiento establecido en los artículos 62 y 72 de la Carta Fundamental (...) a través del (...) debate y aprobación de ambas ramas del Congreso Nacional”⁴⁰. Tal como lo señalan las siguientes normas:

“**Art. 60.** Sólo son materias de ley:

... 2) Las que la Constitución exija que sean reguladas por una ley;...

...4) Las materias básicas relativas al régimen jurídico laboral, sindical, previsional y de seguridad social...”

Estas son las que refuerzan el contenido de que solo en virtud de una ley ordinaria se deben regular las materias aquí señaladas para que no se regulen por vía de delegación legislativa o por otras formas de leyes numeración taxativa por el Constituyente, es por ello que son los únicos de que hablan del derecho a la salud.

³⁷ Ibidem, p. 210.

³⁸ Ibidem, p. 220.

³⁹ Nogueira, Humberto. Dogmática Constitucional. Editorial Universidad de Talca. Talca Chile. 1997. p.47.

⁴⁰ Nogueira, Humberto. op.cit. p.48

4.- Situación de la Salud en los Gobiernos de la Concertación.

De acuerdo a lo señalado por el ex ministro de Salud Dr. Osvaldo Artaza Barrios, el cual a través de un informe de su parte nos señala que "se realiza una inversión en sector público"⁴¹ y gasto público tal como se puede ver en las leyes de presupuesto desde 1991 a la fecha⁴²,

Es posible apreciar un aumento de la correspondiente partida lo que se ha traducido en la construcción de nuevos hospitales, consultorios, postas rurales, entre otras. Al mismo tiempo se produce un aumento de "las remuneraciones de los trabajadores del sector y se complementaron las dotaciones de profesionales"⁴³, especialmente con la aparición de nuevos problemas de salud, ya que tal como lo señala en el Proyecto de Ley se manifiesta en las expectativas de la población, perfil epidemiológico y cambios demográficos, básicamente en la obsolescencia de modelo de atención, que a partir de este Gobierno empezó con la eliminación de las colas de los Consultorios, autogestión hospitalaria, asimismo los derechos y deberes del paciente y fiscalización.

Segunda Parte: LOS PRINCIPIOS DEL DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL APLICADOS AL CAMPO DE LA SALUD.

Estos sirven para ilustrar la llamada Medicina Social que en opinión de la profesora LANATA FUENZALIDA, es la "rama de la Seguridad Social que se preocupa de la salud población, mediante la planificación y desarrollo de las acciones de salud, no solo dice relación con las personas sino que con el medio ambiente en que éstas viven y se desenvuelven"⁴⁴. Dentro de la cual estudiaremos los principios básicos de esta parte de la presente obra.

5.- La Universalidad.

Para la mayoría de la Doctrina nacional, coinciden en su existencia, el que es entendido como el ámbito de aplicación de los favorecidos y frente a cualquier tipo de contingencia social cubierta. La cual puede ser de dos clases: Subjetiva y Objetiva.

⁴¹ Artaza, Osvaldo. Reforma de la Salud. Santiago de Chile. 2002. Documento en Internet www.lyd.com/programas/social/salud/ministro_artaza.ppt. p.2. Consultado 27 de Abril de 2005.

⁴² Artaza, Osvaldo. op.cit. p. 2.

⁴³ Mensaje de S.E. el Presidente de la Republica con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud p. 3 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁴⁴ Lanata Fuenzalida, Gabriela. Manual de Legislación Previsional. Ediar Jurídica Conosur. Santiago de Chile. 2001 p. 23.

Dentro de la Seguridad Social aplicándola al ámbito del Derecho de la Salud es posible dividirla entre dos tipos ya señalados:

(A) Universalidad Subjetiva.

Consiste en que no existe limitación de ninguna clase, por que en la salud "debe cubrir a todas las personas"⁴⁵, siguiendo la opinión de la doctrina nacional el cual se debe tener presente "sin que exista base para hacer discriminaciones de las personas"⁴⁶, el cual a su turno lo denomina como *Generalización* y toma diversos criterios:

- (i) El Criterio Protector de los económicamente débiles.
- (ii) El Criterio Laboral.
- (iii) El Criterio Nacional.

En el ámbito de la Salud no existe una restricción dependiendo de la calidad de los trabajadores o de los beneficiarios, por que hay categorías de asalariados que reciben ingresos ya sea como independiente o dueñas de casa los cuales frente a los eventos de salud en Chile igual se encuentra cubiertos, puesto que en nuestro país ya que si no son cotizantes, pueden ser cargas familiares o beneficiarios de otros, en caso contrario, tendrán la calidad de indigentes y recibirán atención de salud de todas formas.

(B) Universalidad Objetiva:

Esta variante es más típica dentro de la Salud, que seguimos en algunas realidades lo que nos señala el profesor NOVOA FUENZALIDA, entre ellas destacan: enfermedad, maternidad, invalidez, muerte, accidente, viudez, entre otras situaciones, en que se puede gozar por aquel que cometiere alguno de los sucesos conocidos y regulados por el Derecho y entendidos como fundantes de un status que amerita ser cautelado por el Derecho de la Seguridad Social.⁴⁷ Es así que esta parte es la más que ha evolucionado pasando a contingencias generales propia del mundo de los Seguros Generales y de Vida que no es objeto de nuestro estudio.

En este caso, según concordamos con lo dicho por el profesor NOVOA FUENZALIDA a través del llamado "régimen de prestaciones familiares (...) entre otras destacan (...) maternidad, invalidez, vejez, muerte, supervivencia, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo y

⁴⁵ Humeres Noguera, Héctor; Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social 16ª Edición Actualizada; Editorial Jurídica de Chile; Santiago de Chile; 2000. p. 434

⁴⁶ Novoa Fuenzalida, Patricio. Derecho de Seguridad Social. Editorial Jurídica de Chile. Santiago de Chile. 1977. p. 84.

⁴⁷ Ibidem. p.93.

responsabilidades familiares...aquí se prevé a los diversos estados de necesidad... el cual era muy diferenciado y anárquico"⁴⁸.

El ámbito de aplicación de este principio es para dar concreción a la garantía constitucional consistente en el derecho de elegir entre el sistema estatal o privado, que es la llamada libertad de elección del sistema de salud, de ahí se encuentra cautelado por la Acción de Protección⁴⁹.

6.- La Integridad.

Para el profesor BOWEN HERRERA que aquí seguimos para comprender lo que se entiende como una "característica que se refiere al campo de los beneficios que presta u organiza la Seguridad Social...que miran no solo al campo preventivo, sino también al curativo de las consecuencias de los riesgos acaecidos y con la debida suficiencia...han de abarcar la totalidad de los riesgos que amenazan a las personas tanto a los que miran a la salud como el aspecto económico, social y cultural".⁵⁰ Es por ello que "se refiere a la circunstancia de que todas las prestaciones sean suficientes para atender a la contingencia social respectiva"⁵¹, asimismo lo dicho no vulnera "la circunstancia de concurrencias al pago"⁵² como se establece en la Ley AUGE a través de un copago máximo de un 20% tanto de las patologías cubiertas como tratamiento posterior que demande la enfermedad.

Según el profesor NOVOA FUENZALIDA, con quien estamos de acuerdo al decir que "la salud es un bien que debe ser protegido integralmente (...) lo que se traduce (...) aquí en atención médica, quirúrgica y dental en sus fases preventiva, curativa y reeducativa; hospitalización, si fuere necesario; administración de medicamentos que el caso lo requiera; dotación de prótesis, aparatos ortopédicos, etc. Es decir una atención completa desde el punto de vista medico-quirúrgico y dental."⁵³ Asimismo las garantías que se encuentran contenidas dentro de la Ley N° 18.469 y sus posteriores modificaciones, dentro de la cual se recoge el régimen de salud se asegura "el goce de determinadas prestaciones básicas, cumpliéndose el mandato constitucional en este aspecto"⁵⁴.

La que se traduce a través de las llamadas *Prestaciones* las cuales pueden ser medicas, pecuniarias y/o familiares, que en el caso de la salud chilena los llamados Subsidios de Maternidad, por Enfermedad Profesional, Accidente del Trabajo y/o Reposo Preventivo. Las cuales se recogen en

⁴⁸ Ibidem. p.99.

⁴⁹ Verdugo M., Mario, Pfeffer U., Emilio y Nogueira A., Humberto; op.cit. pp.207 y 208

⁵⁰ Bowen Herrera, Alfredo. op.cit. p.99.

⁵¹ Humeres Noguera, Héctor; op.cit. p. 435.

⁵² Ibidem p. 435.

⁵³ Novoa Fuenzalida, Patricio. op.cit. p. 99.

⁵⁴ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. p.38.

nuestro Derecho en “el riesgo de ser vulnerado en la medida que la cobertura financiera que se otorga es insuficiente”.⁵⁵ Las que se examinan en algunos hechos objetivos como los ya aludidos y no más.

7.- La Solidaridad.

De acuerdo al profesor BOWEN HERRERA, con el cual estamos contestes al expresarse “implica el reconocer la obligación de todos a cooperar al cumplimiento de sus postulados y objetivos en que cada hombre que lo requiera, (...) el cual (...) si lo comparamos con los seguros sociales obligatorios, con el ahorro individual, con el cual se pretendía antiguamente....que fueran satisfechos los riesgos sociales de cada uno (...) lo que esta desvirtuado por la aplicación del principio de la proporcionalidad (...) de los beneficios a los aportes que el beneficiario hubiera efectuado en la respectiva institución.”⁵⁶

Conforme al profesor NOVOA FUENZALIDA, el cual nosotros tomamos en esta parte del trabajo, “es un esfuerzo de toda la comunidad, realizado en su propio beneficio; a dicho esfuerzo deben contribuir todos, y cada cual según sus capacidades y posibilidades; y el esfuerzo individual de cada persona debe ser considerado como una exigencia del Bien Común”⁵⁷. De ahí que es contrario a este principio sujetarse al monto de la cotización y por ello es importante las prestaciones y calidad de ellas y desvirtuaría su existencia⁵⁸. Según la opinión de los profesores GAETE y SANTANA, para ilustrar este principio dentro del Informe Beveridge enseñan que se sustenta al existir o “realizarse la cooperación entre el Estado y el individuo. El Estado debería ofrecer seguridad social a cambio del trabajo y contribución”⁵⁹.

8.- La Unidad

Como la posición que aquí seguiremos es del profesor BOWEN HERRERA que entendemos “al sentido estructural que debe tener la Seguridad Social en el aspecto completo que abarca, con sus derechos, obligaciones e instituciones, (...) de ello se entiende que le irroque más perjuicios que bienestar si se trata de una organización que no esta estructurada unitariamente (...) en lo normativo y fiscalizador”.⁶⁰

⁵⁵ Ibidem. p. 38.

⁵⁶ Bowen Herrera, Alfredo. op.cit. p. 99.

⁵⁷ Novoa Fuenzalida, Patricio. op.cit. p. 110.

⁵⁸ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. p.39.

⁵⁹ Gaete y Santana op.cit. p.90

⁶⁰ Bowen Herrera, Alfredo. op.cit. pp. 100 y 101.

Mientras que para nosotros e igualmente con el profesor NOVOA FUENZALIDA, señala que “es un problema que se ha planteado con muchísima frecuencia, cuanto por su trascendencia práctica. Sobre la unidad se ha hablado en múltiples sentidos”⁶¹, y para ello hace un estudio preliminar, unificación orgánica, como unidad del sistema en sí y ante algunas contingencias sociales, que por extenso y lato de tema merece un estudio aparte y detallado⁶². En que ello últimamente se concentra el ámbito normativo en el Ministerio de Salud⁶³ y fiscalizador en la reciente creada Superintendencia de Salud que es un ente que fiscaliza, administra y supervigila la operatividad no solo de FONASA sino además de las ISAPRES .

9.- Otros Aspectos que inciden en el Derecho de la Salud.

El cual se agrupa según pensamos al igual que HIDALGO BENAVENTE⁶⁴, en otros principios como:

(A) La Subsidiariedad.

El que reside esencialmente en que el Estado no se obliga a realizar tareas que las personas pueden hacer por sí mismas, lo que se explica como que ningún ente supremo puede imputarse el campo que respecto de su fin específico y que puedan realizar sujetos menores. Ello consiste en que la iniciativa particular es a través la libre decisión en las tareas económicas y en que el Estado pueda hacer ciertas actividades, y ello no elimina a que el Estado proceda como garante del bien común ni menos excusar de sus labores con los más frágiles de nuestra sociedad, es por ello que en Chile surgieron las ISAPRES que su tarea es tanto el otorgar prestaciones como organizar, administrar y financiar la salud⁶⁵.

(B) La Estabilidad.

La cual se entiende como esencial al sistema que se siga, así por ejemplo un trabajador activo que todos los meses cotiza para su vejez y lo hace para que al momento de retirarse pueda tener entradas parecidas a las que en el presente esta gozando. Por eso que para los profesores NANCUANTE y SOTOMAYOR, aplicando en el ámbito de la salud que siempre la persona se encuentra cotizando en caso de que sea afectada, pueda ser recuperada al menos, no afecten a los ingresos del grupo

⁶¹ Novoa Fuenzalida, Patricio. op.cit. p. 111

⁶² Vid., in extenso la obra de Novoa Fuenzalida, Patricio. op.cit. p. 111.

⁶³ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. p.38.

⁶⁴ Vid., la obra de Hidalgo Benavente, 2003; Paola Antonieta. El derecho a la protección de la salud, en relación a las prestaciones médicas otorgadas por las ISAPRES. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Talca Chile. pp.59-79

⁶⁵ Hidalgo B., Paola A. op.cit. p.

familiar. El cual no se encuentra tratado en nuestro régimen de salud, en el llamado *cambio de sistema* que es tanto de pasar del público al privado o viceversa como dentro de un mismo sistema de salud⁶⁶.

(C) Las Libertades.

Las cuales se dividen según HIDALGO BENAVENTE, en distintos tipos:

(i) La **Libertad Individual**, la cual es el motor de progreso y expansión a lo largo del tiempo. Lo que es entendido como comenzar, instituirse y tomar una tarea, hacia afirmar las casuales eventualidades que acaezcan para elegir entre los sistemas previsionales, al profesional que uno elija para atenderse, entre otras.

(ii) La **Libertad de Elegir al Sistema de Salud**, lo que es entendido como la opción que tiene cada cotizante de adoptar entre seguir atendándose el sistema público (modalidad institucional o libre elección) o privado.

(iii) La **Libertad de Elegir al Profesional**, la cual consiste en la alternativa que se adecue a las demandas propias del paciente y del medico atienda al paciente de su elección, sin que muestre restricciones lo que presenta algunas limitaciones básicas, como por ejemplo el de no rechazar el facultativo cuando no haya otro experto para la atención de una enfermedad.

CAPÍTULO II PROYECTO DE LEY DENTRO DEL CONGRESO NACIONAL.

En el presente Capitulo se desarrolla la llamada *historia fidedigna del establecimiento de la ley* el cual desde su génesis pasando por distintas etapas del debate parlamentario por ambas ramas del Congreso Nacional hasta llegar a su aprobación final como ley de la República.

1.- Discurso Presidencial del 21 de Mayo de 2002.

Después de situarnos tanto en el contexto que se engloba la Salud en nuestro ordenamiento jurídico como la Salud ha sido entendida por la Doctrina de la Seguridad Social, ahora nos entraremos a la etapa de génesis o nacimiento del proyecto de ley, que es el Discurso del Presidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, pronunciado en la inauguración de la legislatura ordinaria de 2002.

⁶⁶Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. pp. 38.

En el cual en sus partes finales de aquel Discurso Presidencial en el cual hace una relación de lo sucesivo a partir de los años '90 a través tanto de la inversión como el aumento presupuestario, que es principalmente a través de cifras que han hecho a partir de los Gobiernos de la Concertación y especialmente durante la época que fuera la Ministra de Salud Dra. Michelle Bachelet Jeria (2000-2001) la cual dice su tarea fue "preparar la gran Reforma de la Salud"⁶⁷; es así que el Presidente de la República Lagos Escobar señala que "la salud es un derecho de las personas no basta con la declaración de ese derecho, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera...dotando a los usuarios de facultades y mecanismos para hacerlas exigibles"⁶⁸. En que en opinión del Presidente de la República continua con la Acción de Prevención de Salud la cual ha fallado entonces es necesario "asegurar el bienestar sanitario de la población (...)debiéndose enfrentar a las referidas patologías prioritarias por que son las más onerosas para la población en cuanto a sus costos en las que señala algunos ejemplos de enfermedades complejas y simples, la duración del tratamiento hasta la posible intervención quirúrgica y desembolso máximo que tiene que hacerse; más adelante continua señalando (...)es un cambio profundo destinado a proteger a todas las personas sin distinción frente a los riesgos vitales y financieros asociados a la enfermedad"⁶⁹. Luego sigue hablando del Fondo Solidario y su forma de financiamiento, principalmente a través de redefinir recursos fiscales y aumento de impuestos específicos a ciertos productos, el cual será administrado por el FONASA; luego trata acerca de los sistemas de gestión y eficiencia a los cargos superiores directivos. Más adelante sigue con la tarea que les corresponden tanto al sector público, siendo tarea fundamental del Gobierno a través del aporte de recursos financieros y humanos, como al privado, debiendo asegurarse las garantías. Por último es la tarea del Parlamento Nacional que debe hacerse "sin perjuicio, sin ataduras corporativas, a mirarlas con generosidad y con grandeza"⁷⁰.

2.- El Proyecto de Ley AUGE.

El que ingreso con fecha 22 de mayo de 2002 a la Cámara de Diputados, el cual esta dividido en varios apartados será para facilitar su estudio lo fraccionamos en los siguientes puntos:

⁶⁷ Sitio Web Oficial de la candidata presidencial doña Michelle Bachelet Jería (en línea): 2005; Sección ¿Quién es Michelle? http://www.michellebachelet.cl/m_bachelet/ambientes/0/. Consultado 09 de Septiembre de 2005.

⁶⁸ Lagos Escobar, Ricardo; Presidente de la República; el inicio de la Legislatura Ordinaria del Congreso Nacional; Valparaíso; 21 de mayo de 2002 (en línea) www.gobiernodechile.cl/21mayo2004/discurso_2002.asp. Consultado 13 de mayo de 2005.

⁶⁹ Lagos Escobar, Ricardo; Loc. Cit.

⁷⁰ Lagos Escobar, Ricardo; Loc. cit.

(A) Antecedentes Históricos.

En los que se explican a través de ciertos momentos claves de la historia nacional en Salud, como: la década del '50 señalando "una ampliación de los beneficios sanitarios y mejorar la salud de la población"⁷¹; luego en los años '80 haciendo una crítica y debilidad de la época centrado principalmente en la falta de apoyo del sector público; asimismo en el decenio pasado se realiza una inversión tanto en la recuperación de la red pública como se incrementan las remuneración de los trabajadores, por último hace una referencia de lo suscitado en la actualidad a través de los problemas de los sistemas público y privado, tal como lo enseña el mismo Proyecto de Ley, "numerosos elementos aconsejan el rediseño de la institucionalidad vigente"⁷², haciendo presente que las enfermedades que causan mayores muertes se debe básicamente a la falta de recursos por los altos costos de las mismas.

(B) Valores y Principios que informan la Reforma a la Salud.

Aquí trata de los llamados pilares o bases fundamentales del sistema, que ellos son:

(i) **Derecho a la Salud:** al decir que es un derecho de las personas, sin que ello importe una limitación a las personas, tal como lo señalamos antes en el Principio de Universalidad, y por ello que se establecen una serie de Garantías Explícitas de Salud, lo que se traduce en un conjunto de derechos y acciones para hacerse efectivas para el público en general.

(ii) **Equidad en Salud:** su meta es reducir las desigualdades evitables e injustas tanto del acceso a los servicios como de los resultados observados.

(iii) **Solidaridad en Salud:** se expresa como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena, para que los más vulnerables tengan iguales derechos que los más favorecidos.

(iv) **Eficiencia en Uso de Recursos:** para que operen los anteriores valores y continuar con lo realizado en la última década, consistente en la cantidad y calidad del servicio para los usuarios y la población que no solo con los problemas humanos o personal ya citados, sino con los recursos financieros los que se vuelven básicamente en problemas de administración, de personal y de deuda.

(v) **Participación Social en Salud:** se traduce ello en una manera democrática de control del sistema de las actividades de salud, que se le da un rol protagónico a los actores del sistema, todo ello con el fin de terminar de las desdichas comunitarias del último tiempo.

(C) Fundamentos Sociales y Sanitarios de la Reforma a la Salud.

⁷¹ Mensaje de S.E. el Presidente de la Republica con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud p. 2 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁷² Mensaje loc.cit. p. 2.

A través del cual se tratan tanto los fundamentos como algunas patologías que permiten sustentan la citada reforma:

(i) **Expectativas de la Población:** en que la población se halla más preparada y capacitada respecto al tratamiento del problema de salud su libertad de elegir la atención y el servicio de la misma.

(ii) **Perfil Epidemiológico y Cambios Demográficos:** en Chile actualmente reduciendo la alteración de ciertas patologías que afectan a la sociedad que ello se debe a ciertas tendencias que allí se enuncian y en los que conviven con el mundo actual y luego ilustra las tres principales patologías que son las mayores causas de muerte entre los chilenos.

(iii) **Obsolescencia del Modelo de Atención de Salud:** se cree que el modelo actual se ve sobrepasado por las demandas de atención y otras necesidades, hacen que se enfoquen tanto del ámbito curativo como en las acciones de promoción y prevención y lo que se trata de llegar es la adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

(D) Materias que se deben abordar en la Reforma a la Salud.

En que se debe tener presente un conjunto integral y coherente de materias, tales son:

(i) **Definición de los Objetivos Nacionales de Salud:** que es la base de la reestructuración de las políticas de salud, los que fijan preferencias, conceptualizan y ordenan las tareas para mejorar la salud de la comunidad, en el presente período de 2000-2010, tales son:

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Enfrentar los desafíos de envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

El Plan o Sistema AUGÉ el cual se centra para la sociedad en un continente de leyes y reglamentos, que permitan su ejercicio de acuerdo a la organización social “y que debe ir a la par con algunos componentes básicos”⁷³, los cuales son:

(ii) **Acciones de Salud Públicas:** consisten en un grupo de acciones que protegen la salud de las personas y la promoción de condiciones saludables, no sólo individual o colectivamente sino al entorno que lo rodea que mantengan mejor a la población; el cual debe ser tanto el financiamiento hecho por el Ministerio de Salud como la ejecución del mismo por los distintos actores del sistema, traería un cambio sanitario.

(iii) **Prestaciones para hacer frente a un conjunto de enfermedades y condiciones de salud:** se trata de un grupo de patologías y estados de salud que se ordenan por la “importancia sanitaria,

⁷³ Mensaje loc.cit. p. 9.

efectividad del tratamiento, impacto financiero y expectativas de la población ordenadas, de acuerdo a las acciones o prestaciones preventivas, rehabilitación y paliativas, en el cual es un conjunto de perfeccionamiento, de forma de asegurar el funcionamiento".⁷⁴ De ahí que el Régimen de Garantías de Salud, como tiempos de espera, complejidad, cobertura financiera exigible tanto por la autoridad como las personas no solo los usuarios del FONASA sino también de las ISAPRES, de manera que actúen interrelacionados de modo que uno ayude a otro cuando carezca de cobertura o atención en las prestaciones.

(iv) **Nuevo Modelo de Atención:** lo cual es esencial satisfacer las necesidades y expectativas de la población y optimizar los recursos en la eficacia y eficiencia; debiendo centrarse en las acciones de salud ya citadas, tales como: promoción (eliminar los factores de riesgo de enfermedades y crear nuevas condiciones de vida saludables), prevención (detección oportuna de enfermedades como eliminar factores de riesgo y diagnóstico precoz) y protección (atención oportuna de enfermedades). Todo lo anterior traería en la atención primaria a través de solucionar gran parte de las urgencias y contingencias y en la secundaria que resulten de las derivaciones, atención ambulatoria y solucionando las complejidades, asignando un profesional que tendrá a su cuidado.

(v) **Recursos Humanos:** que todos los trabajadores, son la base esencial en el cual debe apoyarse todo intento de reforma que es a través de una orientación al desarrollo del público usuario y el personal debe estar en forma permanente actualizado, crecimiento profesional y por supuesto las remuneraciones por criterios de desempeño y responsabilidades; asimismo cambiar el ambiente laboral que ello sea de acuerdo a los avances de la tecnología, a los equipos de trabajo, estableciéndose nuevas unidades que permitan que la creatividad y calidad del servicio; y se rijan por objetivos ya mencionados en relación a las redes de atención.

(vi) **Autoridad Sanitaria:** a través de una reformulación de la organización del Ministerio de Salud, con nuevas potestades en materia de regulación y fiscalización, por ello se enfatiza en la búsqueda de los principios que gobiernan a la Administración Pública como "el control de gestión y la rendición de cuentas"⁷⁵, es así que a dicha cartera se le dan las tareas de dirección y normativa, que se encuentren debidamente acreditados los órganos públicos y privados y comprometiéndose mutuamente.

(vii) **Financiamiento:** para el éxito de la reforma "se propondrá la creación de un Fondo Solidario" (...), para ayudar a los indigentes el cual proviene su financiamiento de (...) "reasignaciones, mejoras en la gestión y focalización"⁷⁶; como las políticas de desincentivo; y en el cual debe eliminarse la inequidad con los subsidios maternales que es importante entre los beneficios y contribuciones a las personas.

⁷⁴ Mensaje loc.cit. p. 10.

⁷⁵ Mensaje loc.cit. p. 13.

⁷⁶ Mensaje loc.cit. pp. 13 y 14.

(viii) **Mejoramiento de Gestión:** lo que se traduce "en asegurar el máximo de eficiencia en el uso de los recursos públicos"⁷⁷, se entiende como un imperativo ético u obligación moral del Estado y mejor uso de los medios más cobertura y calidad a la ciudadanía; particularmente importante en relación con la escasez de recursos en analogía con las altas necesidades, y lo cual se puede efectuar, a través:

- Destinación de recursos a los servicios de salud, según la demanda efectiva por prestaciones.
- Aumentos de los sueldos de los funcionarios se haga según el desempeño y siempre respetando a las normas que se aplican a los demás funcionarios públicos.
- Movilidad del personal que donde se demanden más recursos humanos allí se colocarán.
- Cumplimiento de las obligaciones funcionarias.
- Optimizar el aprovechamiento de la capacidad de los médicos y los otros profesionales no médicos cuando ella sea posible.
- Uso de recursos los directores de los establecimientos en la priorización de las necesidades.
- Fijación de un riguroso control de gestión, se establecen metas sanitarias, administrativas y financieras.
- Control del exceso de fraudes y abuso en los subsidios de salud en la medicina curativa y preventiva.

(E) Itinerario de la Reforma.

El cual fue ya iniciado el 2001 con el proyecto llamado "*De los derechos y deberes en salud*", luego se echaron las bases de para la aplicación que permita priorizar las actividades de salud y lo que significa una nueva Autoridad Sanitaria, enviándose así al Congreso Nacional lo siguiente:

- (i) La Autoridad Sanitaria fortaleciendo a la estructura del Ministerio de Salud.
- (ii) Modificación a la Ley de ISAPRES.
- (iii) Iniciativa legal que mejora la gestión que avala la atención oportuna y calidad de la población, abarcando recursos humanos, trasposos financieros, subsidios de salud y focalización de beneficios.
- (iv) Iniciativa legal que mejora el financiamiento respaldando solidariamente a los indigentes.

(F) Contenido del Proyecto.

El que se hace según los desafíos epidemiológicos y necesidades actuales de la población, dotándole derechos y garantías exigibles para hacerse efectivas, logrando profundas transformaciones en todas las personas accedan universalmente, a través:

⁷⁷ Mensaje loc.cit. pp. 14 y 15.

(i) El Régimen de Garantías de Salud, establecido por Ministerio de Salud en las atribuciones para definir las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de los usuarios pertenecientes al FONASA como las ISAPRES.

(ii) Los criterios para definir el Régimen se deben tomar algunos parámetros como magnitud, alcance y gravedad presente y futuro, y las acciones del país y eficiencia del uso de los recursos usados por el FONASA y las ISAPRES.

(iii) El Consejo Consultivo encargado de las tareas de independencia e idoneidad con la población y recoja los problemas de la sociedad a través de la evaluación y revisión de las Garantías por profesionales nombrados por el Presidente de la República.

(iv) El Régimen de Garantías de Salud se establecerá por medio de un Decreto Supremo tanto las enfermedades y condiciones de salud como los avances científicos hacen necesario una reacción oportuna y rápidamente sean definidos por medio de un Decreto Supremo.

(v) La revisión periódica del Régimen de Garantías de Salud lo cual se hará cada 3 años y debiendo someterse en casos calificados e imprevistos necesarios alterarse dicho plazo.

(vi) El otorgamiento de las prestaciones y prestaciones tanto por el FONASA como por las ISAPRES, estando obligados a otorgar las prestaciones a sus usuarios según sus leyes respectivas; sin perjuicio de otras garantías adicionales que dichos entes establezcan a sus usuarios que sean mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera.

(vii) La exigibilidad y protección de los derechos y garantías del Régimen de Garantías de Salud.

(viii) Los derechos y garantías que establece el Régimen de Garantías serán exigibles por sí mismas, a través de las nuevas Garantías Explícitas de Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera, es por ello que son constitutivos de derechos para los "beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido a las autoridades e instancias que correspondan" como la Superintendencia de Salud. Por que en la Carta Fundamental de 1980 solo son susceptibles de protección los derechos individuales de aquellos denominados como civiles y políticos y no así los derechos sociales.

(ix) La fiscalización no solo le corresponderá a las ISAPRES sino también al FONASA, por la Superintendencia de Salud, que tiene potestades administrativas, interpretativas y reglamentarias de aquella; sin perjuicio, de la facultad del Presidente de la República de dictar un Decreto con Fuerza de Ley para adecuar la legislación existente.

(x) La adecuación de las normas vigentes, adoptar los cambios a las Leyes N°s 18.469 y 18.933, fijándose las reglas de precios máximos que fijen las ISAPRES de acuerdo a lo establecido para el Régimen de Garantías de Salud.

(xi) La vigencia del Primer Régimen de Garantías de Salud “a partir del último día del tercer mes siguiente de la publicación del Reglamento del Consejo Consultivo”⁷⁸ en el Diario Oficial lo que se establece como obligatorio tanto para el FONASA como en las ISAPRES.

Por último el Proyecto de Ley trae un articulado completo que somete a la aprobación del Congreso Nacional, el cual consta de:

- Título I Del Régimen de Garantías de Salud, 5 párrafos artículos 1º a 14.
- Título II De la Fiscalización del Régimen de Garantías de Salud, 2 párrafos artículos 15 a 24.
- Título III Disposiciones Varias, artículos 25 a 27.
- Disposiciones Transitorias, en tres artículos

3.- La Cámara de Diputados.

El cual se estudiara lo ocurrido tanto en Comisión como en Sala ya sea la discusión en general o particular.

(A) Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley.

Hay que distinguir necesariamente entre las Comisiones de Salud y de Hacienda, a través de dos informes de cada una de ellas.

(i) **Primer Informe de la Comisión de Salud:** el cual se asemeja mucho a lo establecido antes en el Proyecto de Ley en cuanto a cada uno de los puntos ya repasados, para luego escuchar la opinión de los siguientes personeros que representan a los distintos actores del sector salud en Chile y son:

➤ El Ministro de Salud Dr. Osvaldo Artaza, su opinión se centra en “conseguir un salto cualitativo en términos de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención”⁷⁹, luego sigue en relación con la solidaridad y que los medios que cuenta el país según sea el sector público o privado, se obligan al ser más impacto en salud de la ciudadanía, eso lo acredita a través de una relación de ingresos y gastos, no dándose la situación descrita, por eso se promueven “estilos y hábitos de vida saludables”⁸⁰ de ahí que sea una responsabilidad social, el que se basa principalmente en: equidad en el acceso; oportunidad y calidad; y solidaridad financiera, efectividad y eficiencia. Más adelante prosigue con los objetivos sanitarios del cual se hace un estudio de cada uno de ellos y como se cumplirá o hará efectivo. Sigue diciendo que el Sistema AUGE es una aplicación del Acceso Universal de Garantías Explícitas, explayándose en que consiste cada una de las Garantías Explícitas en Salud, en el cual hay “patologías calificadas como prioritarias serán garantizadas con tiempos de espera

⁷⁸ Mensaje loc.cit. p. 20.

⁷⁹ Artaza B., Osvaldo (2002); Ministro de Salud. Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 8 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁸⁰ Artaza B., Osvaldo; op. cit. p. 8.

definidos, copagos razonables y con topes para proteger el ingreso familiar⁸¹, estableciendo con límite máximo de un 20% de los ingresos; todo lo cual no es eterno en el tiempo pudiendo ser revisado en un período de tiempo de 3 años; que debe hacerse un cambio en la forma de gestión y eficiencia en el uso de recursos públicos eliminándose algunas deficiencias del sistema público, luego da ejemplos a través de algunas enfermedades en las que da a conocer sus tiempos mínimos de curación y duración de las mismas. Concluye diciendo en la creación del Fondo de Compensación Solidario (que deberá ayudar en los costos de las personas que carecen de recursos vía fondos del Estado y de los demás usuarios) y que hay un solo precio para los cotizantes del FONASA y de las ISAPRES, sin perjuicio de las prestaciones adicionales de que den a sus miembros.

➤ El Director de FONASA Dr. Álvaro Erazo, da a conocer la organización y estructura del FONASA y las nuevas funciones entre ellas es de “cuidar que el financiamiento de las prestaciones a sus beneficiarios y velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud que se otorguen de acuerdo a la Ley N° 18.469⁸², todo ello traería un cambio y que podría experimentarse o hacerse realidad mediante un plan piloto que de acuerdo a las necesidades, que se traduce en un plan de beneficios adicionales.

➤ El Superintendencia de ISAPRES José Pablo Gómez, en su opinión cree que hay “una serie de falencias en el sistema destacándose los problemas de cobertura, de transparencia y discriminación⁸³ siendo posible que se incorporen a un conjunto de beneficios estándares, obligándose no solo los beneficiarios de éste sistema sino también los del FONASA, es proclive a la creación del Fondo de Compensación Solidario en el cual se elimina el último problema, por último hace aplicable por persona beneficiario del sistema y no por cotizante en cuyo caso sería muy arbitrario.

➤ Secretario Ejecutivo de la Comisión Dr. Hernán Sandoval, el cual dice que la base del sistema lo será el Consejo Consultivo y que las patologías protegidas que se incorporan representan la mitad de los gastos de los hospitales y luego da conocer el criterio por que debe incluirse o no algunas enfermedades y lo que significaría en gastos y esperanza de vida en lo que compara.

➤ Representantes de la Sociedad Chilena de Salubridad Dr. Carlos Montoya, el cual es axiológico al decir que surgen una serie de dificultades que se ilustran en “falta de financiamiento solidario, la municipalización, un cierto grado de anarquía en la formación y acreditación, el debilitamiento de la tuición ética y los directivos sean cargos de confianza⁸⁴; es por ello que es la creación de prestadores

⁸¹ Artaza B., Osvaldo; op. cit. p. 8.

⁸² Erazo, Álvaro (2002); Director del Fondo Nacional de Salud; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 9 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁸³ Gómez, Juan Pablo (2002); Superintendente de Isapres; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 10 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁸⁴ Montoya, Carlos (2002); representante de la Sociedad Chilena de Salubridad; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 14 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

e igualdad entre prestadores públicos y privados, la autonomía hospitalaria a través del *Programa de Prestaciones Valoradas AUGE*, además de la creación lista de patologías explícitas, también el cambio del sistema de prestaciones y de las facultades de las autoridades en relación al personal y es por ello que para evitar las naturales distorsiones del mercado se crea la Superintendencia del Régimen de Garantías con funciones de fiscalización tanto a las ISAPRES como al FONASA, luego da a conocer una serie de factores que significan debilitamiento del sector público y las posibles soluciones que se dan a cada una de ellas; en fin termina con una crítica a la cotización del 7% en salud. Continúa el Dr. Mariano Requena el que hace un estudio socio-económico de largo plazo de lo último que dice el Dr. Montoya en relación al 7% de la cotización de salud, que van más allá las políticas públicas en que pasa a ser un Estado de Bienestar y hay una relación en la base económica social sobre el sistema de salud, de ahí que en Chile falte la equidad haciendo una separación entre los niveles traerá dualidad de acciones, luego trata de las máximas de la filosofía de libre mercado neoliberal que serán las metas que busca dicho Plan AUGE, luego señala que el FONASA se tornará en otro seguro tan o igual de competitivo que el de las ISAPRES, termina diciendo que la reforma de salud es precisa al país que tiene más de 50 años de vida y tardó 10 años en crear una nueva institucionalidad de carácter global.

➤ Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo Rodrigo Castro, hace una revisión de las estadísticas de los últimos años a través de algunos niveles que demuestran a la población a través de la regulación de beneficios mínimos obligatorios y haciendo una relación tomando tres factores: producto, precio y financiamiento que es aplicable a los cotizantes no solo del FONASA sino también de las ISAPRES y la obligatoriedad de las cotizaciones de los trabajadores independientes y el reemplazo del Fondo Solidario Maternal, lo que traería la reforma es un riesgo político y una expectativa incumplida para el caso de no darse una solución.

➤ Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., Dr. Juan Castro, al decir que solo se protegen 56 patologías ellas no deben ir en desmedro de las otras y del resto de las atenciones, el cual debe asegurarse el "derecho al acceso general a la salud"⁸⁵, el cual debe tomarse de forma integral no solo desde el diagnóstico y tratamiento posterior sino además algunas etapas previas de ciertas patologías para ello da unos modelos, luego menciona ciertas enfermedades que deberían haberse incorporado, lo que traería "falsas expectativas en la población"⁸⁶, también hace algunas críticas del Fondo de Compensación Solidario o la llamada cesta esencial de ayudas que se concentran en ciertos grupos económicos, por ello se infiere que es contrario al Régimen de Garantías de Salud.

➤ Presidente de la Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada Dr. Esteban Maturana, el cual se centra básicamente en: "improcedente legislar sobre un régimen de garantías de

⁸⁵ Castro, Juan Luis (2002); Presidente del Colegio Médico A.G.; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 20 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁸⁶ Castro, Juan; *Ibidem* p. 21.

salud, sobre un instrumento, orientado a definir las prioridades sanitarias⁸⁷ da a conocer la evolución histórica de la salud y los grupos beneficiarios; también continua diciendo que el sistema AUGE es un hecho peculiar de diferenciación⁸⁸; el nuevo sistema se traduce en "condiciones más exigentes que las existentes en la actualidad respecto del acceso, la oportunidad y la calidad de la atención (...); además las contingencias de los usuarios; la dificultad al crear las nuevas Garantías Explícitas en Salud trayendo más peleas y la (...) necesidad de fortalecer la prevención de salud"⁸⁹. Luego realiza un análisis de ciertas normas que son claves e importantes las cuales vulneran a algunos principios como la equidad y la solidaridad. Concluye diciendo acerca de los Fondos Compensatorio Solidario y Maternal Solidario lo que traería un retroceso el establecer dichos patrimonios a través de fomentar desigualdades y desincentivo de las mujeres en trabajar.

➤ Presidente de las Confederaciones de Trabajadores de la Salud Jorge Araya, están de acuerdo en hacer la reforma y es importante que se hagan cambios, pero no deben establecerse determinadas Garantías Explícitas en Salud ni debe ser técnica sino de ser una política nacional fijando como prioridad solo en 56 enfermedades.

➤ Presidente del Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud Juan Díaz, la cual consultando a "todos los trabajadores del país por que no han sido consensuados con la comunidad, ni menos por los gremios de la salud"⁹⁰, por que no representa el sentir en el marco de la reforma al establecerse ciertas prioridades, además la organización ciudadana, es contrario a la creación del Fondo Compensatorio Solidario y la modificación del Fondo Maternal Solidario y concluye que la modificación del Impuesto al Valor Agregado traería una reforma un problema en las personas de menos ingresos, puesto que no es "solidaria, equitativa, universal e integral...no fortalece la salud pública y no soluciona los problemas de salud del país"⁹¹.

➤ Presidente del Federación Nacional de Técnicos de los Servicios de Salud Juan Rapimán al igual que el anterior no esta de acuerdo con la reforma a la salud y "las 56 patologías lo único que hará es producir mayor discriminación"⁹², y forzosamente se privilegiara las acciones de dichas patologías. Luego continua el proyecto sigue con las facultades de la autoridad sanitaria, el establecimiento de determinadas enfermedades cuando causen más daño en la población y acortando los tiempos de espera y la cubierta financiera de la dolencia. Además se menciona la deuda hospitalaria la cual esta en el valor de las prestaciones, también la igualdad de las primas a todas las personas, además la

⁸⁷ Maturana, Esteban (2002); Presidente de la CONFUSAM; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 22 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁸⁸ Maturana, Esteban; Ibidem pp. 22 y 23.

⁸⁹ Maturana, Esteban; Ibidem pp. 23 y 24.

⁹⁰ Díaz, Juan; Presidente del FENPRUSS; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 25 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁹¹ Díaz, Juan; Ibidem p. 25.

⁹² Rapimán, Juan; Presidente del FENTESS; Primer Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados p. 25 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

creación del Consejo Consultivo el cual debe tener un carácter operativo y actualización del Plan AUGE, asimismo la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud, continua diciendo que no se modifican las Leyes N° 18.469 y 18.933 sino adecuándose a las garantías de acceso, protección financiera, calidad y oportunidad. Continúa la etapa de votación del articulado del mismo el cual por lo largo del mismo se va obviar por razones de espacio⁹³, el que quedó de la siguiente forma:

- Título I Del Régimen de Garantías en Salud, 5 Párrafos artículos 1° a 13.
- Título II Disposiciones Varias, artículos 14 a 16.
- Título III Del Fondo de Compensación Solidario, artículos 17 a 22.
- Título IV Del Fondo Maternal Solidario, artículos 23 a 28.
- Título V Del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, artículos 29 y 30.
- Disposiciones Transitorias, en tres artículos.

La votación del proyecto, se realizó el día 13 de Noviembre de 2002, a través de la aprobación del mismo con algunas modificaciones respectivas al orden de los artículos del Proyecto de Ley tal como se puede ver al final del Informe de la Comisión de Salud a la cual asistieron los siguientes Diputados: Patricio Cornejo (Presidente de la misma), M^a Angélica Cristi, Sergio Aguiló, Francisco Bayo, Marcelo Forni, Guido Girardi, Juan Masferrer, Patricio Melero, Patricio Ojeda, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, Osvaldo Palma, Alberto Robles, M^a Eugenia Mella, M^a Antonieta Saa, Carlos Jarpa, Felipe Letelier, Fulvio Rossi y Jorge Tarud.

(ii) **Primer Informe de la Comisión de Hacienda:** el cual intervino solo el Ministro de Salud de la época Dr. Osvaldo Artaza el cual les da a conocer a los Diputados, en la que el Proyecto de Ley "establece recursos fiscales requeridos para financiar el régimen de garantías en salud se determinarán en la Ley de Presupuestos de cada año"⁹⁴, lo cual se hace por el aumento de los tributos de los productos perjudiciales a la salud, con el aumento de la economía y eficiencia de los recursos, además no figuran precio adjunto la instauración de la Superintendencia de Salud o del Consejo Consultivo, asimismo lleva aparejado mayores entradas del FONASA y menor gasto fiscal en el Fondo Maternal Solidario; además se fija un "conjunto priorizado de enfermedades, condiciones de salud y prestaciones de salud"⁹⁵; más adelante trata de cada una de las garantías explícitas en salud, especialmente acerca de la Protección Financiera.

⁹³ Vid., el texto completo del Primer Informe de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados sobre el Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

⁹⁴ Artaza B., Osvaldo (2002); Ministro de Salud. Primer Informe de la Comisión de la Hacienda en la Cámara de Diputados p. 1 (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

⁹⁵ Artaza, Osvaldo; Ibidem p. 2.

La votación del proyecto, se efectuó el día 3 de Diciembre de 2002, pasando a la venia de aquel, en la cual tuvieron o mantuvieron la estructura del mismo como se puede verificar al último del Informe de la Comisión de Salud⁹⁶, con la intervención de los siguientes Diputados: Pablo Lorenzini (Presidente de la misma), Sergio Aguiló, Rodrigo Álvarez, Alberto Cardemil, M^a Angélica Cristi, Julio Dittborn, Camilo Escalona, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, José Ortiz, Ezequiel Silva, Carolina Tohá y Gastón von Mühlenbrock.

(B) Discusión en General del Proyecto de Ley en la Sala.

La que se realizó con fecha 4 de junio de 2002, en que la Presidenta de la Cámara de Diputados Adriana Muñoz, le pide la cuenta de los respectivos informes a la Comisiones de Salud y de Hacienda:

(i) **Diputado Informante de la Comisión de Salud:** el Diputado Patricio Cornejo empieza a su exposición con un resumen del Proyecto de Ley, ya estudiado con antelación, para luego a explicar el contenido de cada uno de los artículos con las respectivas reformas al interior de dicha Comisión.

(ii) **Diputado Informante de la Comisión de Hacienda:** el Diputado Rodrigo Álvarez, da a conocer un extracto de las materias que se discutieron en la Comisión y los principales artículos que figuraban egresos del Fisco de acuerdo a las normas de los Títulos III, IV y V de dicho Proyecto; ya vistos.

(iii) **Opinión del Ministro de Salud:** el Dr. Osvaldo Artaza, el cual puede nos señala: el debate ciudadano producto del régimen de Garantías Explícitas en Salud, por la priorización sanitaria de algunas patologías, lo que no significaría un cambio de la libre elección de la profesión médica, además la fiscalización de los derechos en salud para lo cual se crea una institucionalidad nueva para que sean efectivos estos derechos y ajuste de riesgo único por las variables de sexo y edad.

(iv) **Opiniones de algunos Diputados:** se darán a conocer las más importantes ponencias de algunos Diputados que participaron en la Discusión General del mismo:

➤ Fulvio Rossi, efectúa una crítica desde el desmembramiento de la salud pública, también a la creación de las ISAPRES hasta las opiniones de los dirigentes gremios médicos; por último señala que el AUGE va terminar con los problemas a la salud, diciendo con la actual realidad “no es justo que un escáner o un pabellón se ocupen sólo en las mañanas”⁹⁷ a modo de ilustrar la caótica situación.

➤ Patricio Melero, expresa que la salud “sigue siendo un mal calificado y urge, entonces reformarlo, (...) es por ello que cree que si son necesarias las leyes, o sería mejor, medidas administrativas o por problemas de recursos; además hace una cronología de lo acaecido por la última década, culpando al Gobierno de las fallas que padece la salud chilena sea pública -hospitales y

⁹⁶ Vid., el texto completo del Primer Informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

⁹⁷ Rossi, Fulvio (2002); Diputado; opinión durante la Discusión General del Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

consultorios- y privada, por ello que es (...) la posibilidad de garantizar a los chilenos, ante un conjunto de enfermedades, que van a ser atendidas en un tiempo acotado y que tendrán una cobertura financiera adecuada para enfrentar la garantía de salud que les va a dar por ley⁹⁸, más adelante trata del Consejo Consultivo, la nueva Superintendencia de Garantías de Salud y el Subsidio Maternal.

➤ Francisco Bayo, que señala “se ha optado por priorizar un conjunto de enfermedades y condiciones de salud a fin de ser abordadas con carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitatorio y paliativo (...) lo que deberá ser (...) estandarizado, universal e integral, acorde con los objetivos del país y los recursos disponibles⁹⁹, luego sigue con las materias del Consejo Consultivo.

➤ Ximena Vidal, que enuncia acerca de la resistencia de los grupos médicos, es por ello que la aprobación “una tremenda revolución(...) traería algunos arreglos a la salud y que el (...)”propósito es permitir un acceso igualitario a las prestaciones de salud y protección de la vida de las personas (...) al establecerse estas garantías tanto las personas indigentes y carentes de recursos como a los demás ciudadanos que están en FONASA o las ISAPRES, por el (...) acceso universal de la salud¹⁰⁰, y velar que se cumplan las normas de salud.

(v) **Votación de la Sala:** el proyecto fue aprobado por la unanimidad de los Diputados presentes a la sesión; sin embargo, se efectuaron algunas indicaciones a ciertos artículos, los cuales no se verán por lo extenso de las mismas.

(C) Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley.

Aquí se señala después de haberse aprobado la idea de legislar en general dicho Proyecto, el cual pasa a su estudio a las respectivas Comisiones:

(i) **Segundo Informe de la Comisión de Salud:** en esta fase del Proyecto de Ley es necesario aclarar que en ella se debatieron solo con respecto a los artículos que fueron objeto de modificación en la anterior sesión de la Comisión de Salud. Pero en ella cabe destacar la tarea realizada por el Ministro de Salud Dr. Osvaldo Artaza, en cuanto se puede sintetizar a ciertas y determinadas materias:

➤ La naturaleza del Régimen de Garantías, es flexible, en razón de que los problemas de salud pública son dinámicos y variables¹⁰¹ en el tiempo. Se determina que la autoridad al fijarse que las circunstancias de acceso, de calidad y de oportunidad, en un país que la tendencia vaya a la

⁹⁸ Melero, Patricio (2002); Diputado; opinión durante la Discusión General del Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

⁹⁹ Bayo, Francisco (2002); Diputado; opinión durante la Discusión General del Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹⁰⁰ Vidal, Ximena (2002); Diputado; opinión durante la Discusión General del Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹⁰¹ Artaza, Osvaldo (2002); Ministro de Salud. Segundo Informe de la Comisión de la Salud en la Cámara de Diputados pp. 2, 3, 4, 7 y 9, (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

universalidad y en igualdad de condiciones, todos aquellos que de acuerdo a su prioridad sanitaria, el cual no debe limitarse a distinguir entre patologías AUGE y No AUGE.

➤ Además se desalinea el objetivo de la Universalidad del Régimen de Garantías de Salud, por que ello va en crear falsas expectativas a la población y no en concluir las listas de espera distándose a las prestaciones por sobre las personas.

➤ En cuanto a la posibilidad de que el FONASA suscriba convenios para que se pueda hacer efectiva la llamada Red Asistencial Pública, que va más allá de los convenios entre entes públicos y privados; lo mismo se aplicaría a las ISAPRES con la salvedad de los precios de sus aranceles máximos.

➤ Al mismo tiempo que no sólo al FONASA sino a las ISAPRES deben “en las mismas condiciones deben cumplir con la garantía de oportunidad”¹⁰². La aplicación de la modalidad de Libre Elección en las ISAPRES se diferencia de lo que pasa en FONASA, el cual se traduce en la libertad de elegir que tienen las personas entre los distintos sistemas de salud, siendo en caso de inobservancia por parte de las ISAPRES el desahucio unilateral.

➤ En Chile, de acuerdo a la Carta Fundamental de 1980, como lo ya vimos, la igualdad ante las personas y la libertad de elegir entre los sistemas de salud, cuando se vean afectados por el ejercicio de sus derechos en materia de salud no se recurra a las Cortes de Apelaciones por la vía de Protección sino a la Superintendencia de Salud, en la cual se contemplan algunas atribuciones que permitan su cumplimiento efectivo.

Además se realizó un cambio en la estructura del contenido del Proyecto de Ley, el que quedo de la presente forma en cuanto a su nueva estructura:

- Título I Del Régimen de Garantías en Salud, 6 Párrafos, artículos 1º a 17.
- Título II Disposiciones Varias, artículos 18 a 21.
- Título III Del Fondo Compensatorio Solidario, artículos 22 a 28.
- Título IV Del Fondo Maternal Solidario, artículos 29 a 34.
- Título V Del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, Artículos 35 y 36.
- Título VI De la Superintendencia de Salud, 6 Párrafos, Artículos 37 a 54.
- Disposiciones Transitorias, 4 Artículos.

La votación del Proyecto¹⁰³ con las indicaciones ya señaladas se efectuó la anuencia del mismo se hizo el día 8 de Enero de 2003, con la intervención de los siguientes Diputados: Patricio Cornejo (Presidente de la misma), M^a Angélica Cristi, Sergio Aguiló, Francisco Bayo, Marcelo Forni, Guido

¹⁰² Loc. Cit.

¹⁰³ Vid., el texto completo del Segundo Informe de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

Girardi, Juan Masferrer, Patricio Melero, Patricio Ojeda, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, Osvaldo Palma, Alberto Robles, M^a Eugenia Mella, Felipe Letelier y Jaime Quintana.

(ii) **Segundo Informe de la Comisión de Hacienda:** en el cual de acuerdo a un Informe Financiero de la Dirección de Presupuestos señala que es plenamente factible “la indicación de la Superintendencia de Salud, por reestructuración del Ministerio de Salud”, (...) que se financiara de acuerdo a su partida y asimismo se establece a través de (...)“un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas, relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas”¹⁰⁴. Además luego se continúa con la aprobación de las normas de los Títulos III, IV y VI del Proyecto de Ley que se aprobó antes por la Comisión de Salud, el que es por el carácter técnico de las normas allí señaladas no se verán a ellas y además a la sesión asistieron los siguientes personeros: Dr. Osvaldo Artaza (Ministro de Salud), José Pablo Gómez (Superintendente de Isapres), Hernán Sandoval (Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma), Fernando Riveros (Fiscal de la Superintendencia de ISAPRES), Marcelo Tokman (Coordinador de Política Económica del Ministerio de Hacienda), Giampiero Fava, Consuelo Espinoza, Jacqueline Saintard y Carl Franz Köhler (asesores), pero su intervención casi no participaron solo se limitaron a oír las opiniones de los Diputados de la Comisión.

La votación del proyecto fue unánime¹⁰⁵, se efectuó el día 15 de Enero de 2003, pasando al permiso de aquel, en la cual tuvieron o mantuvieron la estructura del mismo como se puede verificar al último del Informe de la Comisión de Salud, con la intervención de los siguientes Diputados: José Ortiz (Presidente de la misma), Claudio Alvarado, Mario Bertolino, Julio Dittborn, Camilo Escalona, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, José Pérez, Eliana Caraball, Ezequiel Silva, Carolina Tohá, Gastón von Mülhlenbrock, Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Patricio Cornejo, Alberto Robles y Fulvio Rossi.

(D) Discusión Particular del Proyecto de Ley en la Sala.

En la sesión de 15 de enero de 2003, participan en el orden de la sesión de la Cámara de Diputados, ya que se consigna los aspectos más importantes dentro de la discusión:

(i) **Diputado Informante de la Comisión de Salud:** el Diputado Patricio Cornejo, señala que se hicieron importantes reformas durante su trámite durante la discusión de las Comisiones de Salud y de Hacienda, que por lo largo de las mismas ya fueron señaladas en su momento.

¹⁰⁴ Se extrae de algunas consideraciones del Segundo Informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹⁰⁵ Vid., el texto completo del Segundo Informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005

(ii) **Diputado Informante de la Comisión de Hacienda:** la Diputada Carolina Tohá, revela que se aprobó en lo tocante a las normas de los Títulos ya indicados a las materias establecidas.

(iii) **Opiniones de algunos Diputados:** se darán a conocer las más importantes ponencias de algunos Diputados que participaron en la Discusión Particular del mismo:

➤ Enrique Accorsi, es necesario no efectuar la distinción entre los pacientes AUGE y no AUGE, lo que exige a seguir distintas opiniones, la puesta en marcha de las garantías no sea rígida y que tenga participación ciudadana, el evento de elección entre los usuarios del FONASA y de las ISAPRES, a través de un sistema de prestadores debidamente registrados por la libertad de elección de los usuarios de uno u otro sistema de salud, fortalecimiento de la atención primaria, la solidaridad en el campo de la salud, los subsidios maternales y las licencias médicas.

➤ Osvaldo Palma, que expresa el Proyecto de Ley como este “se debe mencionar con un sentido de permanencia”¹⁰⁶, sigue haciendo una crítica respecto al escaso aporte de los gremios de la salud en el momento del debate al interior de las respectivas Comisiones ya señaladas.

➤ M^a Antonieta Saa, señala especialmente con las normas de los Títulos IV y V que amilanan a la maternidad en la creación de un fondo solidario, y no es posible que estén en paridad de condiciones entre los miembros de las ISAPRES y del FONASA.

➤ Camilo Escalona, se centra en ciertos puntos bases, que se solucionan “más de las ¾ partes de los problemas de salud que tiene el país, (...) las normas del fondo maternal solidario son claras y establecerse un mecanismo que favorezca a los más pobres por los más ricos y (...) el propósito de la reforma es asegurar la atención a los que menos tienen”¹⁰⁷.

➤ Guido Girardi, el carácter de “imprescindible de la reforma (...) haciendo cargo (...) no solo de establecer nuevas modalidades e instrumentos, sino que produce un giro en la materia... asume la sociedad chilena (...) producto del cambio de los patrones en salud”¹⁰⁸, de ahí que por vez primera los derechos en materia de salud exigibles y además la existencia de una garantía de calidad.

➤ M^a Angélica Cristi, que va pasar, se pregunta, con aquellas patologías que nos AUGE y la vigencia de las garantías por el Consejo Consultivo que van a dar un toque de equidad al momento de fijarse las garantías de salud.

(iv) **Votación de la Sala:** el proyecto fue votado artículo por artículo el cual fue aprobado por mayoría de los miembros presentes a la asamblea, el que no lo vamos a consignar por lo excesivo del

¹⁰⁶ Palma, Osvaldo (2003); Diputado; opinión en la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un Régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹⁰⁷ Escalona, Camilo; (2003); Diputado; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹⁰⁸ Girardi, Guido; (2003); Diputado; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

proceso en la misma, a la cual asistieron 98 Diputados presentes y el detalle de la votación del Proyecto de Ley antes de remitirse al Senado¹⁰⁹.

4.- El Senado de la República.

(A) Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley.

Hay que hacer la misma distinción anterior de la Cámara de Diputados, en cuanto a las respectivas Comisiones, por que en ambas de ellas se centra el debate parlamentario.

(i) **Primer Informe de la Comisión de Hacienda:** la cual le toca recibir el Proyecto de Ley enviado de la Cámara de Diputados para que se apruebe o rechace, la cual jamás se ha pronunciado ni existe registro de su intervención, de acuerdo al sitio web <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>.

(ii) **Primer Informe de la Comisión de Salud:** el cual parte reseñándose que es un Mensaje del Presidente de la República y culminó su tramitación en la Cámara de Diputados e incorporar un nuevo Título IV al Proyecto de Ley. Dicho Proyecto integra un conjunto de iniciativas que integran la Reforma a la Salud que luego da a conocer los objetivos específicos de la Reforma, tales son: Establecer un Régimen de Garantías en Salud, otorgar prestaciones y garantías obligatorias; establecimiento de garantías explícitas de acceso, de oportunidad, calidad y protección financiera; creación del Consejo Consultivo, y establecimiento de la Superintendencia de Salud. Luego hace una descomposición de los Títulos que componen tal como fue visto antes en la discusión en la Cámara de Diputados.

Al momento del debate en el seno de la Comisión dieron su parecer las siguientes personas:

➤ El Ministro de Salud, el Dr. Pedro García Aspillaga*, el cual señala que la Reforma a la Salud se basa en algunos principios y valores que son los mismos ya aprendidos antes en trato con el Proyecto de Ley AUGE y el cual se encuentra respaldado por "ciertos sociales y sanitarios (...) tales como (...) satisfacción a las necesidades de la población, hacerse cargo del nuevo perfil epidemiológico de la población, revertir la obsolescencia del modelo de atención de salud y priorizar las necesidades de salud"¹¹⁰, asimismo el AUGE es posible aplicar a los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado, regidos por las Leyes N°s 18.469 y 18.933, respectivamente. Más adelante, se refiere a cada una de las Garantías Explícitas en Salud: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Sigue diciendo que hay un órgano de ajustar los criterios objetivos en salud, el Consejo Consultivo; luego sigue tratando acerca del llamado Fondo de Compensación Solidario.

¹⁰⁹ El Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en Salud, es aprobado en particular el 15 de enero de 2003, pasando en agosto de ese año al Senado a Segundo Trámite Constitucional.

* En febrero de 2003 deja el cargo de Ministro de Salud, el Dr. Osvaldo Artaza Barrios y asume el Dr. Pedro García Aspillaga.

¹¹⁰ García, Pedro (2004); Ministro de Salud; Primer Informe de la Comisión de la Hacienda en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

➤ El Senador Mariano Ruiz-Esquide, en que las garantías consisten en “otorgar determinadas prestaciones de salud con garantía del Estado”¹¹¹, estableciéndose la igualdad de condiciones en la atención y tratamiento de las mismas.

➤ La Senadora Evelyn Matthei, el dilema que enfrenta al sector público es “el problema de recursos insuficientes versus grandes necesidades”¹¹², sigue tratando acerca del tipo de patología si es posible dar una atención es simple y deben usarse otros factores, sigue haciendo una crítica del llamado Fondo de Compensación Solidario y termina refiriéndose a las enfermedades catastróficas.

➤ El Senador Edgardo Böeninger, el cual sostiene que no es posible que se distinga entre las enfermedades AUGE y no AUGE, puesto que deben ser “analizados y precisados al definir un sistema de racionalización, basado en prioridades sanitarias (...) de acuerdo (...) a la gravedad de la patología, a las enfermedades relacionadas, la tercera edad, la falta de homogeneidad”, de ahí debe eliminarse las limitaciones en algunos factores subjetivos, de allí que se incorporen “derechos y garantías en la materia ya ha sido incorporado al acervo ciudadano”.

La votación del Proyecto de Ley¹¹³ se realiza en particular, esto es, artículo por artículo; y además la distribución del contenido del Proyecto, quedando de la presente forma su nueva estructura:

- Título I Del Régimen de Garantías en Salud, 6 Párrafos, artículos 1º a 26.
- Título II Del Fondo de Compensación Solidario y del Aporte Fiscal, 2 párrafos, artículos 27 a 34.
- Título III Disposiciones Varias, artículos 35 a 38.
- Título IV De la Responsabilidad en Materia Sanitaria, artículos 39 a 41.
- Artículos transitorios, se sustituyeron los artículos 1º y 4º y se incorporan los artículos 2º y 3º.

Este último Título se agregó recién en el Senado de acuerdo a una propuesta parlamentaria, la votación fue hecha con fecha de 30 de abril de 2004, participando los Senadores Mariano Ruiz-Esquide, Evelyn Matthei, Mario Ríos, Edgardo Böeninger, Alberto Espina y José Viera Gallo.

(iii) **Informe Complementario de la Comisión de Salud:** el cual antes de la votación por la Comisión respectiva a fin de perfeccionar antes de la discusión general del mismo en el cual se realiza de la siguiente manera:

➤ El Ministro de Salud, el Dr. Pedro García que piensa que existen algunos temas pendientes “el copago con que deberán concurrir los beneficiarios de los sistemas de salud al financiamiento de las

¹¹¹ Matthei, Evelyn (2004); Senadora; opinión en el Primer Informe de la Comisión de la Salud en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

¹¹² Edgardo Böeninger (2004); Senador; opinión en el Primer Informe de la Comisión de la Salud en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005

¹¹³ Vid., el texto completo del Primer Informe de la Comisión de Salud del Senado sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

prestaciones, la responsabilidad en materia de salud por la falta de servicio y el disenso en apoyar el Fondo de Compensación Solidario¹¹⁴, el cual es retirado del Proyecto de Ley.

➤ El Senador José Viera-Gallo, el carácter discutible en cuanto a la constitucionalidad en las normas del Título IV De la Responsabilidad en Materia Sanitaria y la garantía explícita de la protección financiera si es en el ámbito de la atención primaria, las enfermedades catastróficas y las personas de la tercera edad.¹¹⁵

➤ La Senadora Evelyn Matthei, en que ella piensa “la inclusión del Fondo de Compensación Solidario provoca serias dificultades al momento de legislar”¹¹⁶.

La ordenación del Proyecto de Ley el cual ha quedado estructurado de la presente forma:

- Título I Del Régimen de Garantías en Salud, 7 Párrafos, artículos 1º a 32.
- Título II Disposiciones Varias, artículos 33 a 37.
- Título III De la Responsabilidad en Materia Sanitaria, artículos 37 a 40.

Este Informe se aprobó con fecha 17 de mayo de 2004¹¹⁷, para adecuarlas las reformas efectuadas por las Comisiones de Salud y de Hacienda del Senado las cuales lo modificaron por completo, eliminándose toda señal de los Fondos Solidarios, esto es, el Fondo Solidario Complementario y Fondo Maternal Solidario, por que era completamente improcedente su inclusión reemplazándose por la llamada Responsabilidad en Materia Sanitaria.

(B) Discusión en General del Proyecto de Ley en la Sala.

La sesión se realizó con fecha 19 de mayo de 2004, en que el Presidente del Senado Hernán Larraín, le pide la cuenta al Secretario y de las respectivas Comisiones de Salud y de Hacienda.

(i) **Secretario del Senado:** Carlos Hoffmann, el cual da a conocer los principales objetivos de la iniciativa, los cuales son los mismos que vimos anteriormente, en relación con el Proyecto de Ley, se acordó en mantener la eliminación del Título Fondo Compensatorio Solidario y además en contribuir en determinar la prima universal ni la protección financiera de acuerdo a las Garantías de Salud.

(ii) **Senador Informante de la Comisión de Salud:** el Senador Mariano Ruiz-Esquide, quien analiza y lo complejo del proyecto haciendo una descripción del proyecto, dando a conocer las ideas centrales del mismo “autoridad sanitaria, cambios a la ley de Isapres, el plan AUGE, el financiamiento

¹¹⁴ García, Pedro (2004); Ministro de Salud; opinión en el Informe Complementario de la Comisión de la Salud en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005

¹¹⁵ Viera-Gallo, José (2004); Senador; opinión en el Informe Complementario de la Comisión de la Salud en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

¹¹⁶ Matthei, Evelyn (2004); Senadora; opinión en el Informe Complementario de la Comisión de la Salud en el Senado (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

¹¹⁷ Vid., el texto completo del Informe Complementario de la Comisión de Salud del Senado sobre el Proyecto de ley que establece un Régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

y la cuestión de las licencias médicas¹¹⁸, luego sigue con un análisis histórico del mismo; además optimizar la prevención; sigue su exposición acerca de cada una de las garantías explícitas en salud: calidad, oportunidad, financiamiento y protección financiera; concluye acerca del Consejo Consultivo en cuanto, a los tópicos centrales como calidad y eficiencia versus equidad.

(iii) **Senador Informante de la Comisión de Hacienda:** la Senadora Evelyn Matthei, que empieza hablando “el sistema público la principal dificultad estriba en que nadie sabe cuándo lo van a atender y el privado en que nadie sabe cuánto le va a costar, (...) sigue diciendo acerca de los problemas que ilustran al sistema público, sigue hablando acerca del llamado Consejo Consultivo y los parámetros de atención de cada uno de los tramos de atención de los usuarios de FONASA, que (...)”no solo se garantiza la prioridad en la pronta atención sino que también da una garantía financiera¹¹⁹ y finalmente concluye que se justifica el aumento del IVA para financiar el AUGE.

(iv) **Opiniones de algunos Senadores:** se darán a conocer las más importantes ponencias de algunos Senadores que participaron en la Discusión General del mismo:

➤ Edgardo Böeninger, se tratará de hacer una *reforma general en Salud*, es por ello que su objetivo principal del proyecto “es ordenar la atención pública y privada de salud en torno a un conjunto de prioridades sanitarias, establecidas en conformidad a la situación del país”, sigue diciendo acerca de los copagos máximos son del 20 % por las patologías, sigue diciendo acerca del llamado *deductible* que es el copago máximo por un período de 12 meses y concluye acerca la cautela de la calidad del servicio, que se materializa en la Responsabilidad en Materia Sanitaria.

➤ Alberto Espina, piensa que nuestro sistema de Salud “discrimina por rentas (...)es por ello que una persona(...) rica cuenta con el derecho de optar entre los sistemas público y privado¹²⁰, más adelante sigue con una serie de preguntas y respuestas respecto del AUGE, continua con las prioridades de salud como las enfermedades, la calidad, oportunidad y protección financiera en que esta última es posible de dos fases que el paciente no pague más del 20% del costo de la enfermedad y no se pagará una cantidad mayor de ingresos mensuales.

➤ José Viera-Gallo, el AUGE se entiende como dos cuestiones básicas “atención oportuna y copago limitado¹²¹, (...) que no consiste en una idea demagógica, sigue diciendo acerca de la

¹¹⁸ Ruiz-Esquide, Mariano (2004); Senador; opinión como Senador Informante de la Comisión de Salud durante la Discusión General del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹¹⁹ Matthei, Evelyn (2004); Senadora; opinión como Senadora Informante de la Comisión de Hacienda durante la Discusión General del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²⁰ Espina, Alberto (2004); Senador; opinión en la Discusión General del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²¹ Viera-Gallo, José (2004); Senador; opinión en la Discusión General del Proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

oportunidad que da tres alternativas antes judicializarse la salud (...) "1º, el hospital que debe atenderse; 2º, a aquel donde lo mandan, y 3º, el que determina la Superintendencia. Si ninguno de los tres resulta, obviamente puede entablarse un juicio" y sella con la responsabilidad estatal en salud.

(v) **Opinión del Ministro de Salud:** para el Dr. Pedro García, piensa que es "paso trascendental el proyecto que establece el AUGE...siendo una herramienta de planificación y prioridad sanitaria"¹²², luego da a conocer avances en los distintos sectores los que no han ido a la par con salud.

(vi) **Votación del Proyecto:** el proyecto fue aprobado¹²³ por la mayoría de los Senadores presentes, a través de 42 a favor, 1 en contra y 1 no voto por estar pareado.

(C) Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley.

(i) **Segundo Informe de la Comisión de Salud:** el cual se inicia por los datos de la anterior votación y los sustratos legales de la misma, sigue acerca de la discusión de cada uno de los artículos del Proyecto de Ley.

➤ En cuanto a la aprobación del Proyecto de Ley se realiza de cada uno de los artículos, ya sea por la mayoría de votos y la unanimidad de los votos, que por razones de espacio, no se consignaran por lo lato y excesivo de ello.

➤ En lo que respecta a la organización del Proyecto de Ley se produce un cambio del contenido y el cual se estructura así:

- Título I Del Régimen de Garantías en Salud, 7 Párrafos, artículos 1º a 33.
- Título II Disposiciones Varias, artículos 34 a 37.
- Título III De la Responsabilidad en Materia Sanitaria, 2 Párrafos, artículos 37 a 55.

➤ La votación fue hecha con fecha de 21 de julio de 2004, participando los Senadores Mariano Ruiz-Esquide, Evelyn Matthei, Mario Ríos, Edgardo Böeninger, Alberto Espina y José Viera Gallo, los artículos se aprobaron ya sea con la mayoría o por unanimidad de los Senadores.

(ii) **Segundo Informe de la Comisión de Hacienda:** en esta etapa se produce una discusión de ciertos artículos del Proyecto de Ley según las mismas ideas que ya fueron aprobadas y rechazadas por la Comisión de Salud, de acuerdo a las indicaciones ya hechas anteriormente

¹²² García, Pedro (2004); Ministro de Salud; opinión en la Discusión General del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²³ Vid., el texto completo de la Discusión General en el Senado sobre el Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

(D) Discusión Particular del Proyecto de Ley en la Sala.

La sesión se realizó con fecha 4 de agosto de 2004, el Presidente del Senado Hernán Larraín, de la cual no se señala nada acerca de las Comisiones sino la intervención de algunos Senadores y del Ministro de Salud.

(i) **Opiniones de algunos Senadores:** se darán a conocer las más importantes ponencias de algunos Senadores que participaron en la Discusión Particular del mismo:

➤ Mariano Ruiz-Esquide, el cual se centra en ciertos aspectos relevantes del Proyecto de ley “el afán de reordenar y ubicar de manera más razonable las definiciones, específicamente del significado AUGE; las enfermedades no AUGE no sean excedidas por las necesidades de las patologías AUGE; la acción estatal para cubrir los eventuales daños, tratando de conciliar... que la persona afectada reciba la acción del Estado de manera razonable y simple, se garantice que no haya abuso al patrimonio fiscal y sujeción a un marco distinto, (...) y por último (...) la mediación”¹²⁴.

➤ José Viera-Gallo, el AUGE consiste en un régimen general de garantías para las prestaciones a que tienen derecho los usuarios tanto del sector público como del privado, sin perjuicio de avalarse de forma explícita la oportunidad, el tratamiento y la protección financiera, por último destaca el problema de la responsabilidad estatal en caso de daño especialmente por la falta de servicio.

➤ Evelyn Matthei, la cual piensa que es un aumento de los costos de salud, lo cual es posible que se contrarreste con la racionalización de los recursos, optimizar “la eficiencia en la administración de los hospitales y servicios de salud, que se manifiesta mediante la dictación de protocolos”¹²⁵, siendo con ello posible compense a la espiral alcista de los costos.

➤ Alberto Espina, el paso trascendental, comenta al respecto, es “el derecho a ser atendida por determinadas enfermedades (...) lo que se plasma en (...) cuatro características que hoy no existen... acceso a la salud, calidad en la atención, protección financiera y oportunidad”, (...) todo esto trae un gran avance en obtener una mejor gestión lo cual se hará optimizando a la multiplicidad de problemas médicos, exigiendo de parte del Estado a través del (...) “derecho a acceder a una atención significando un avance gigantesco”¹²⁶.

➤ Edgardo Böeninger, comienza felicitando a sus colegas y los asesores del Ministerio de Salud, y su pensamiento se centra en cuatro ideas bases “la política de salud pueda ser llevada de acuerdo a

¹²⁴ Ruiz-Esquide, Mariano (2004); Senador; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de Ley que establece un Régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²⁵ Matthei, Evelyn (2004); Senadora; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²⁶ Espina, Alberto (2004); Senador; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

las prioridades sanitarias, derecho de acceso, eficiencia en gestión y potenciar un salto cualitativo en la salud...especialmente la calidad de la atención primaria"¹²⁷.

(ii) **Opinión del Ministro de Salud:** para el Dr. Pedro García cabe precisar que el Proyecto trata de "alcanza mejores niveles de equidad, accesibilidad y transparencia en la atención de salud...busca aumentar la eficiencia para las personas...la ocasión de que los chilenos y chilenas tuvieran mejores niveles de garantía en su atención de salud, en cuanto a acceso, oportunidad, calidad y garantía financiera"¹²⁸, concluye agradeciendo a las Comisiones de Hacienda y de Salud.

(iii) **Votación del Proyecto:** el proyecto¹²⁹ fue aprobado por la mayoría de los Senadores presentes, a través de 42 a favor, 1 en contra y 1 no voto por estar pareado.

5.- Aprobación por la Cámara de Diputados de las reformas hechas en el Senado.

La sesión se realiza con fecha 10 de agosto de 2004, en que el Presidente de la Cámara de Diputados Pablo Lorenzini solicita la aprobación de las modificaciones hechas en el Senado al Proyecto de Ley, es por ello que mantendremos la misma estructura anterior:

(A) **Opiniones de algunos Diputados:** aquí se consignaran las más destacadas exposiciones de algunos Diputados que participaron en la aprobación del mismo.

(i) **Fulvio Rossi**, el cual hace un estudio comparativo de lo sucedido en Chile en el tiempo, siendo el AUGE destinado a "responder las necesidades de una población que ha envejecido, debido al aumento de las expectativas de vida (...) asimismo se cautela en que de ahora hay (...) tiempos de espera determinados, disminución de los costos totales de las prestaciones, en materia de prevención se garantiza por planes de monitoreo para los pacientes con lo cual se garantiza la realización de ciertas enfermedades "¹³⁰.

(ii) **Patricio Cornejo**, la salud de los habitantes del país y ha sufrido varios cambios en su discusión en el Parlamento, de la cual se le echa de menos el carácter solidario de la misma, pero se "mantiene la diferencia entre el Fonasa, destinado a financiar la salud del sector público y las Isapres que constituyen seguros de enfermedad", (...) es por ello que el AUGE se creo en dos ideas bases (...)

¹²⁷ Böeninger, Edgardo (2004); Senador; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²⁸ García, Pedro (2004); Ministro de Salud; opinión durante la Discusión Particular del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹²⁹ Vid., el texto completo de la Discusión Particular en el Senado sobre el Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³⁰ Rossi, Fulvio (2004), Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

"el sistema de garantías para el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera y un componente de solidaridad, a través del Fondo de Compensación Solidario"¹³¹, el primero se mantuvo y el segundo se eliminó en su discusión por la Cámara Alta.

(iii) **Juan Masferrer**, el Proyecto de Ley en "que cambiará la forma que se atenderá a la gente en salud (...) a través de (...) la priorización de las enfermedades que establece el proyecto resulta más adecuada...por los escasos recursos que no satisfacen los requerimientos de la población, (...) se sigue la idea de ir (...) perfeccionando los conceptos de acceso, de calidad, de protección financiera y de oportunidad"¹³², el carácter obligatorio se mantiene la paridad entre los usuarios del FONASA y de las ISAPRES, con un copago máximo 20 % correspondiente al arancel de las respectiva patología.

(iv) **Sergio Aguiló**, dice que la salud se centra en tres puntos "epidemiológica, institucionalidad y dimensión financiera"¹³³, siendo un real avance, excepto las materias de los llamados: Fondo de Compensación Solidario y Fondo Maternal Solidario, fue es una aberración no colocar el carácter solidario de la Reforma de la Salud.

(v) **M^a Angélica Cristi**, destacando su opinión con el nuevo Sistema de Mediación que es llevado por el Consejo de Defensa del Estado, dándole "una serie de atribuciones para resolver los conflictos en caso de que las personas no sean atendidas"¹³⁴, luego sigue las enfermedades cubiertas por el AUGES serán determinadas por Reglamento o Comisión Especial.

(vi) **Oswaldo Palma**, el que "constituye un avance en el tratamiento de las enfermedades ...que solucionara los problemas que hoy existen y persistirán, pues faltan recursos humanos y materiales"¹³⁵, no esta de acuerdo con el Fondo de Compensación Solidario establece diferencias subjetivas y al Ministerio de Salud le corresponderá fijar el valor de la Prima Universal es por ello que aumenta la población afiliada del sector público por sobre el privado, esta de acuerdo a las modificaciones que se hicieron al Proyecto en el Senado.

(vii) **Carolina Tohá**, destaca su opinión que es un avance en "aquellas enfermedades que ocasionan más pérdidas de vidas en etapas tempranas, o que ocasionan incapacidad en personas que podrían haber continuado siendo capaces o hubieran recibido una atención oportuna...es por ello que van a existir derechos y cuando la gente sienta que sean éstos vulnerados podrán exigirlos" (...); además sigue a garantizar los patrones presentes y establecer la realidad, por esto "garantiza que no

¹³¹ Cornejo, Patricio (2004); Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³² Masferrer, Juan (2004); Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³³ Aguiló, Sergio; (2004); Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³⁴ Cristi, M^a Angélica; (2004); Diputada; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³⁵ Palma, Oswaldo; (2004); Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

se va a deteriorar, sino que se va explicitar los criterios(...) y no sean de aquellas (...) iniciativas prosolidaridad, no hay acuerdo político”¹³⁶. Ahora hay derechos exigibles en materia de salud.

(viii) **Patricio Melero**, su exposición trata acerca de “la reforma a la salud, que tiene que ver con las garantías explícitas, el denominado Plan AUGE, es decir, el acceso universal, garantizado y explícito a la atención primaria...busca priorizar un conjunto de prestaciones, (...) debiendo haber un cuadro de preferencias en salud considerando la realidad de la población y concluye la importancia de los llamados (...) mecanismos de mediación evitando una judicialización”¹³⁷ de los temas sanitarios.

(B) Votación del Proyecto: el proyecto fue aprobado por la mayoría de los Diputados presentes los quórum en que se aceptaron¹³⁸ son variables pero siempre hubo la cantidad necesaria para aprobar, sin perjuicio de las altas abstenciones del mismo.

CAPITULO III REGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD DE LA LEY AUGE.

Aquí veremos las normas de la Ley AUGE fragmentada en dos partes, a través en la primera las garantías generales y la segunda otras materias que deben ser consideradas como parte integrante de la norma legal en estudio.

Primera Parte: LAS GARANTÍAS GENERALES EN SALUD DE LA LEY AUGE.

Aquí abordaremos el estudio del Título I de la Ley AUGE, dentro del cual se enfoca nuestro estudio en la obra, en el que veremos los distintos párrafos que se divide.

¹³⁶ Tohá, Carolina; (2004); Diputada; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³⁷ Melero, Patricio (2004); Diputado; opinión durante el Tercer Trámite del Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en Salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

¹³⁸ Vid., el texto completo de la Discusión Única en la Cámara de Diputados sobre las modificaciones hechas por el Senado al Proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de Abril de 2005.

1.- Aspectos Generales.

En este párrafo que comprende los artículos 1º a 4º de la Ley AUGE se contienen algunos de los conceptos básicos de la Ley y de la función que le cabe a la autoridad pública, todo ello es sin perjuicio de las llamadas Garantías Explícitas en Salud, que se estudiarán cada una por separado.

Según el concepto del Artículo 1º de la Ley AUGE se entiende como Régimen General de Garantías en Salud o Régimen General de Garantías como *"instrumento de regulación sanitaria que forma parte del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos que disponga el país (...)* además sin perjuicio de (...) *las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo y a los programas que el FONASA deberá cubrir a los beneficiarios en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la Ley N° 18.469*". Al decir que es un *instrumento de regulación sanitaria* se debe entender como un Reglamento de una Ley o Decreto Supremo elaborado por el Ministerio de Salud que la única autoridad a nivel país que debe acorde con los llamados objetivos sanitarios, prioridades de la población y necesidades de las personas, todo esto sin perjuicio de lo establecido por la propia Ley Orgánica de Ministerio de Salud, al indicar "le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud"¹³⁹, principalmente a través de planes y programas generales de salud. Mientras que el *Artículo 4º de la Ley N° 18.469* se establece con respecto al llamado Régimen de Prestaciones de Salud que la misma ley dispone y además al cual "tendrán derecho a las acciones de salud previstas en esta ley en las condiciones que ella establece"¹⁴⁰. Por su parte cuando esta hablando acerca *elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud* en que dicho Régimen de Prestaciones de Salud ya indicado debe ceñirse a dicho plan que comprende el logro de los objetivos sanitarios, ya denominados como Objetivos Nacionales de Salud que en opinión del Presidente de la República don Ricardo Lagos Escobar "es el componente esencial de las políticas públicas en salud... y los cuales deben ser claros, medibles y practicables (...) lo que ello traería (...) el referente para establecer las prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población"¹⁴¹ que son fijados por la autoridad. Asimismo cuando se trata al decir *y a los recursos que disponga el país* claramente se esta refiriéndose a la partida presupuestaria que se le asigna anualmente vía ley de presupuestos al Ministerio de Salud u otros ingresos previamente establecidos por el Ministerio de Hacienda. Luego habla de las llamadas acciones de salud que acá se enuncian como *prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo*, estas prestaciones son

¹³⁹ Vid., el Artículo 4º del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 en el cual se enumeran las funciones del Ministerio de Salud.

¹⁴⁰ Vid., el Artículo 4º de la Ley N° 18.469 el cual establece el llamado Régimen de Prestaciones de Salud.

¹⁴¹ Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud; p. 10.

importantes por que son casi las mismas que señala el texto de la Carta Fundamental que se encuentran cubiertas por esta ley especialmente las prestaciones de carácter paliativo, las cuales se enuncian en el Tratamiento Integral Cuidados Paliativos del Cáncer Terminal en niños y adultos no sólo al paciente sino al grupo familiar, en que de acuerdo al Reglamento AUGE se entiende “en la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuyo objetivo esencial es controlar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia”¹⁴². Como parte final debemos decir con respecto a los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a los beneficiarios en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la Ley N° 18.469. Que ello consiste en los tramos de atención de FONASA en los grupos A y B, gozarán de gratuidad en la atención que reciban y mientras que en los grupos C y D solo hasta el 20 % en el pago de las atenciones que reciban de acuerdo al arancel que establezca las garantías explícitas, en el cual se traduce en las llamadas Prestaciones Médicas de los artículos 8° a 17 bis de la Ley N° 18.469, entre las prestaciones allí señaladas están exámenes de medicina preventiva, asistencia medica curativa, atención odontológica, protección de la madre embarazada y del hijo hasta los 6 años, etc.

En el Artículo 2° inciso 1° trata de las garantías del Artículo 4° de la ley las cuales se estudiaran cada una por separado más adelante. En tanto en el Artículo 2 inciso 2° de la Ley AUGE versa al respecto que ‘El Régimen de Garantías de Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser por éstos ante el FONASA o las ISAPRES, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan’. Aquí se contempla una obligación tanto a los organismos públicos (FONASA) como privados (ISAPRES) e inclusive al nuevo órgano fiscalizador creado por la Ley N° 20.015 que modifico la Ley N° 18.933 crea la Superintendencia de ISAPRES, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE, lo cual pensamos que es una obligación de dichos organismos hacia con el público en general. Mientras que el inciso 3° nos expresa: *Asimismo las garantías señaladas en los incisos precedentes serán las mismas para los beneficiarios de las leyes N°s 18.469 y 18.933, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes*. Aquí señala que la igualdad entre los titulares del FONASA y de las ISAPRES los cuales no se puede discriminar entre ellos. Las ISAPRES se obligan al igual que FONASA el otorgar las correspondientes prestaciones y cobertura financiera propia de los beneficiarios de la modalidad de libre atención que trata en la “libertad de elegir al profesional o el establecimiento en que el profesional se encuentre registrado (...) en la respectiva entidad de salud (...)”¹⁴³ del Reglamento AUGE.

¹⁴² Decreto N° 170 de 2004 de los Ministerios de Salud y de Hacienda, Artículo 1° N° 4.

¹⁴³ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. pp..276 a 280.

En el Artículo 3º de la Ley AUGE trata acerca del llamado Reglamento AUGE, el cual debe ser elaborado en conjunto por los Ministerios de Salud y de Hacienda (ya que se debe tener en cuenta por un lado criterios físicos y humanos y por otro lado criterios presupuestarios), el que se encuentra actualmente vigente, que según el Proyecto de Ley en su Artículo 6º “será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por Decreto Supremo de dicho Ministerio, suscrito además por el Ministro de Hacienda...Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen”¹⁴⁴, siendo suprimido durante la discusión parlamentaria; además las normas contempladas tanto en la Ley como el Reglamento “no pueden sufrir modificaciones fundadas en los aspectos sanitarios, técnicos y administrativos” lo que creemos que dar una estabilidad relativa este tipo de normas legales y administrativas para que no sufran modificaciones de los caprichos legislativos ni menos del ejecutivo, siendo esos criterios según el Reglamento AUGE de acuerdo a sus considerandos “cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo, los llamados Objetivos Sanitarios Nacionales y un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud”¹⁴⁵; que estos se relacionan con lo ya establecido en el Proyecto de Ley al tratar de los llamados Objetivos Sanitarios Nacionales, dentro de lo visto en el Capítulo II.

En el Artículo 4º de la presente norma trata acerca de las llamadas Garantías Explícitas de Salud que permite a los usuarios tanto del FONASA como de las ISAPRES el otorgamiento de las prestaciones son propias de sus leyes respectivas, es decir, las garantías adjuntas propias de las prestaciones médicas y financieras. Las cuales se hallan mudadas por la Ley AUGE¹⁴⁶, así tenemos:

A. En la Ley N° 18.469, en que se modifico a los siguientes aspectos:

(i) El Examen de Medicina Preventiva, el cual es entendido como “un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo de la vida con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento (...)que forma parte de las(...)enfermedades prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana(...) asimismo el Ministerio establecerá (...) los procedimientos, contenidos plazos y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para el sector público y privado...y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencias de ellos”¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Vid., Mensaje en el articulado que se contiene del Proyecto de Ley AUGE

¹⁴⁵ Vid., los Considerandos del Decreto N° 170 de 2004 del Ministerio de Salud.

¹⁴⁶ Vid., el Título II de la Ley AUGE.

¹⁴⁷ Nancuante A., Ulises y Sotomayor K., Roberto. op.cit. pp.

(ii) Las Prestaciones de Salud de los beneficiarios en el régimen general de garantías de Salud otorgadas por FONASA a través de los hospitales les corresponde a las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud.

B. En la Ley N° 18.933, que se reformo en las presentes normas:

(i) Se incorpora el concepto de “plan de salud convenido, plan de salud...por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales”.

(ii) En cuanto a las enunciaciones que deberá contener el Contrato de Salud

Además se tratarán cada una de las Garantías Explícitas de Salud al pormenor y las cuales veremos al detalle a continuación:

1.1 Garantía Explícita de Acceso.

En que se concibe como *la obligación del FONASA y las ISAPRES de otorgar las Garantías Explícitas de Salud de acuerdo a sus respectivas leyes, de acuerdo a las formas y condiciones que determine el Reglamento*. Dicha Garantía Explícita debe comprenderse al respectivo paciente o enfermo, una vez que ya se encuentre médicamente diagnosticada la enfermedad que se encuentra cubierta; a través el tratamiento de la misma (Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cáncer Cervicouterino, Cuidados Paliativos del Cáncer Terminal, Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Cáncer de Mama, Disrrafias Espinales, Tratamiento Quirúrgico de Cataratas, Cánceres en Menores de 15 años, Cáncer de Testículo, Linfomas, Hipertensión Arterial Primaria, Prematurez y Trastornos de Generación del Impulso que requieren Marcapaso) o también en el caso de que exista sospecha de la patología teniendo acceso al respectivo diagnóstico (Cardiopatías Congénitas Operables, Infarto Agudo del Miocardio y Esquizofrenia) el cual deberá determinarse su probable inclusión en el caso que el Reglamento lo que se fija y si la molestia ya existe con antelación y es confirmada se continua con su tratamiento (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Neumonía Adquirida en Adulto Mayor y Epilepsia no Refractaria), con la salvedad de que desde ahora bajan los costos del tratamiento (Fisura Labiopalatina) al momento de la vigencia del Reglamento AUGE. Todo ello es concebido ya del Proyecto de Ley como “el derecho a recibir las prestaciones de salud en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud”.¹⁴⁸Esta garantía para hacerse efectiva tanto en el FONASA como en las ISAPRES es menester hacerla efectivas a través de la respectiva Red de Prestadores ya sean públicos, privados o independientes.

¹⁴⁸ Mensaje de S.E. el Presidente de la Republica con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

1.2 Garantía Explícita de Calidad.

Esta se entiende como *el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la Ley 19.937, en la forma y condiciones que determine el respectivo decreto*. En lo que refiere a la calidad de los prestadores de las entidades públicas y privadas dentro de los respectivos cuerpos normativos tanto en el sector público Decreto Ley N° 2.763 Orgánica del Ministerio de Salud de 1979 y la Ley N° 18.469 como en el privado la Ley N° 18.933 de ISAPRES, en el cual la nueva Subsecretaría de Salud Pública y especialmente a la Superintendencia de Salud la cual se debe fiscalizar y llevar un registro de los prestadores de salud (son las personas naturales y jurídicas que ejecutan acciones de salud, como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales y clínicas que forman parte de la Red de Prestadores¹⁴⁹) a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, según lo dispuesto por la Ley N° 19.937 que establece la nueva Autoridad Sanitaria. En que según el Reglamento AUGE según las reglas del mismo en que allí se establecen normas de calidad en la atención “una vez que entren los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud”¹⁵⁰. Lo que se centra en algunas definiciones propias de la Superintendencia de Salud¹⁵¹, tales son:

- Autorización Sanitaria: es el proceso que permite a una persona natural o jurídica iniciar el funcionamiento de una actividad en determinadas instalaciones cumpliendo las normas y políticas fijadas por el Ministerio de Salud sobre el control de riesgos sanitarios establecidos del Código Sanitario y su reglamentación.

- Acreditación: es el proceso periódico y voluntario de evaluación del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud relativos a procesos y resultados de las acciones de salud por parte de los prestadores institucionales de salud autorizados para funcionar, según tipo y niveles de complejidad de las prestaciones que otorgan, con el objetivo que alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. El cual se efectúa ante una entidad acreditadora con la correspondiente declaración de acreditación.

- Certificación: es un proceso voluntario en virtud del cual se reconoce formalmente por la autoridad pública que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y demuestra poseer experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, el cual concluye con el otorgamiento del correspondiente certificado por parte de una entidad certificadora autorizada.

¹⁴⁹ Vid., Artículo 2° letra h) del Decreto N° 170 de 2004 del Ministerio de Salud.

¹⁵⁰ Vid., Artículo Transitorio del Decreto N° 170 de 2004 del Ministerio de Salud.

¹⁵¹ Isapre Mas Vida (en línea) Agenda de Trabajo 2005. http://www.masvida.cl/portada/seminario_contraloria/jose_concha.ppt Consultada el 8 de septiembre de 2005.

- Registros: se entiende como repositorios formales de información de tipo informático de carácter público en los cuales la Superintendencia de Salud inscribirá las resoluciones autorizatorias de las entidades acreditadoras y certificadoras de acuerdo a los respectivos reglamentos, así como a los prestadores institucionales acreditados y a los prestadores individuales de salud, y de sus especialidades y subespecialidades si las tuvieran.

Asimismo hay que entenderla dentro de lo establecido en el Proyecto de Ley AUGE, que señalaba a través de los "estándares de calidad deberán tener en consideración la evidencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de entrega...en la forma y condiciones que determinen el Régimen Garantía de Salud"¹⁵², lo cual no se tomo en cuenta durante la discusión parlamentaria.

1.3 Garantía Explícita de Oportunidad.

La que se concibe como *...el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto y dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. 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.* El cual entendemos que dicha Garantía se enfoca principalmente en el momento que debe hacerse efectiva la atención de la patología que se encuentra cubierta, en relación al prestador de salud que se trate dicha enfermedad ya sea el primero o el otro que establezca tanto el FONASA como en las ISAPRES y, en subsidio, de los anteriores el que instituya la Superintendencia de Salud. En el Reglamento AUGE se establece dicha garantía entendida de tres o cuatro formas diferentes que comprenden principalmente dependiendo de los tipos en los estados de una patología, tales son: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y terapias hormonales. Mientras que, no se entiende establecida esta Garantía Explícita de Salud para el caso fuerza mayor, caso fortuito o causa imputable del beneficiario, en ese caso no se responderá de aquella por el respectivo prestador de salud. Asimismo esta Garantía Explícita de Salud se encuentra latamente tratada en el Reglamento AUGE en cada una de las enfermedades cubiertas a través de los plazos máximos de atención, una

¹⁵² Mensaje de S.E. el Presidente de la Republica con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

vez diagnosticada, si no hay diagnóstico la sospecha y tratamiento de la enfermedad en cuestión. Tal como lo entienda el Proyecto de Ley AUGE, a través del "plazo máximo para la entrega de prestaciones de salud, que determine el Régimen Garantía de Salud"¹⁵³.

Cabe tener presente que el Artículo 11 del Reglamento AUGE establece un procedimiento para hacer efectivo el cumplimiento de esta Garantía Explícita, en caso de vencimiento del plazo para ejecutarse el cumplimiento de la misma si no efectúa dentro del plazo o en las prórrogas expresamente señaladas (la Ley AUGE de plazos en días corridos, pero si el día de cumplimiento fuere un día sábado, domingo o feriado se prorroga para el día hábil siguiente, con la única salvedad de las urgencias), dicho procedimiento a seguir es:

(A) El beneficiario podrá ocurrir por sí o un tercero ante FONASA o ISAPRES, desde que conoció el evento o 3º día de vencido y se designe un nuevo prestador.

(B) La designación se hará dentro de 2º día el que deberá asumir con iguales funciones.

(C) Para la designación se hará con las mismas prestaciones de diagnóstico, tratamiento o seguimiento, será de 10 días.

(D) En el caso de que no realicen el FONASA ni las ISAPRES fallen en la respectiva prestación, podrá ocurrir por sí o un tercero ante la Superintendencia de Salud.

(E) La Superintendencia de Salud designará a un nuevo prestador, se hará dentro de 2º día de la comparecencia del beneficiario.

(F) Una vez designado el prestador por la Superintendencia de Salud la garantía serán las mismas prestaciones de diagnóstico, tratamiento o seguimiento, debiendo ser financiadas por el FONASA o las ISAPRES, sin alterar la Garantía de Protección Financiera.

En que el Reglamento AUGE se encuentran liberado de responsabilidad en caso de no ser otorgadas las respectivas prestaciones de salud por caso fortuito, fuerza mayor y causa imputable al beneficiario debidamente acreditado por su institución de salud.

1.4 Garantía Explícita de Protección Financiera.

En que es forjada como *la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.* Ella es

¹⁵³ Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud (en línea) <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado el 13 de abril de 2005.

comprendida como una prestación económica o pecuniaria a través de un pago máximo que fija el Reglamento AUGE, las cuales son tanto gratuitas como pagadas en la llamada Cobertura Financiera Adicional que veremos más adelante; esta Garantía Explícita de Salud se encuentra tratada al detalle a lo largo del Reglamento AUGE con los pagos máximos que harán los afiliados de los grupos C y D de FONASA, sin perjuicio de lo que libremente pacten las partes con las respectivas ISAPRES, siendo estas patologías deben estar aseguradas en el respectivo Contrato de Salud. Ella es la garantía más importante y es una novedad dentro del sistema de salud a través de la cual se reconocen las acciones de salud contenidas en la Carta Fundamental de 1980 y los principios aplicables a la salud ya vistos en el Capítulo I.

También es posible advertirlo dentro del Proyecto de Ley AUGE de manera que se crearon, dos Fondos Solidarios para costear a los más pobres de la sociedad. Además falto señalar que esta Garantía Explícita es una clara aplicación de los Principios de Solidaridad y Subsidiariedad ya estudiados, por que aquí es donde interviene el Estado por la vía de los Ministerios de Salud y de Hacienda. Por que las molestias cubiertas con garantías de la Ley AUGE con topes o pagos mínimos ya sean tanto del tratamiento como de los eventos en relación a la anterior Garantía Explícita de Oportunidad, ya que como los vimos le corresponde al respectivo prestador siendo una obligación no excederse de ese máximo a cobrar, los cuales fueron eliminados en la discusión parlamentaria durante el Senado y no siendo aprobado su momento por la Cámara de Diputados, ya señalado en el Capítulo II.

Asimismo en el Reglamento AUGE establece que a los usuarios tanto del FONASA como de las ISAPRES, en cuyo caso para los primeros deberán dirigirse a los centros de atención primaria, excepto en caso extremo (urgencia o emergencia médicas) en que pueden optar a la atención de las enfermedades cubiertas ya sean en modalidades institucional o libre elección y para los segundos si no es el sistema de prestadores de su respectiva Institución de Salud Previsional se puede tomar un plan complementario, de acuerdo a lo establecido en los artículos 9º y 10 del Reglamento AUGE, respectivamente.

2.- Cobertura Financiera Adicional.

Es un derecho, según el Artículo 5º de la Ley AUGE, de los usuarios a las ISAPRES y del FONASA con cargo a estas entidades en la forma establecida por la Ley y el Reglamento AUGE.

Asimismo la Ley (según lo establecido en el Artículo 6º) lo conceptualiza como "*el financiamiento del 100 % de los copagos originados solo por las enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas de Salud, que superen el deducible* (la suma de copagos que deberán ser

acumulados por cada evento para tener derecho esta cobertura)¹⁵⁴. Además en la regla legal hace una explicación entre la Cobertura Financiera Adicional (distinguiendo entre Trabajadores Dependientes –de las ISAPRES y Grupos C y D de FONASA- e Independientes) y el Deductible.

(A) La Cobertura Financiera Adicional propiamente tal.

En esta situación la Ley AUGE nos distingue entre que:

(i) Los **Trabajadores Dependientes**, es necesario dividir en dos grupos:

➤ Para el caso de los afiliados tanto a las ISAPRES como del Tramo D del FONASA, en el caso de ocurrir el deductible será equivalente a 29 cotizaciones mensuales, para cada suceso inscrito a las Garantías Explícitas de Salud que puede ser tanto del usuario como de los beneficiarios y no excederá de las 122 Unidades de Fomento, dentro de un evento en un período de 12 meses y si existiere más de un evento en el período ya señalado se cuenta desde primer copago del primer evento se aumentará a 43 cotizaciones mensuales y no excederá de 181 Unidades de Fomento.

➤ Mientras que los afiliados del Tramo C del FONASA el deductible será equivalente a 21 cotizaciones mensuales dentro de un evento en un período de 12 meses y si existiere más de un evento en el período ya señalado se cuenta desde el primer copago del primer evento se aumentará a 31 cotizaciones mensuales.

La Ley AUGE da una definición de lo que entiende por cotización base que es *el promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses, o el pago del subsidio por incapacidad laboral, el que se calculará retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del inicio del evento o del primer evento*¹⁵⁵, en caso de faltarse el período de tiempo se determinará solo por la base del promedio del número de meses que registren información.

(ii) Los **Trabajadores Independientes**, se hace la misma distinción anterior en relación solo con el FONASA:

➤ Para el caso de los afiliados del Tramo D del FONASA, para el caso de un evento será igual a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales en tiempo que reciba remuneraciones e igual al caso anterior y para el caso en que ocurran más de un evento al año será similar a tres veces al promedio de dichos y es lo mismo que el anterior no pasará de 181 Unidades de Fomento.

➤ Mientras que los afiliados del Tramo C del FONASA, en el caso de que ocurra un evento es igual a 1,47 veces el promedio de sus ingresos mensuales en tiempo que reciba remuneraciones y si es más de un evento será equivalente a 2,16 veces el promedio de las remuneraciones mensuales.

¹⁵⁴ Vid., Art. 6 de la Ley N° 19.966 establece en Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

¹⁵⁵ Vid., Art. 7 de la Ley N° 19.966 establece en Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

(B) El Deductible.

Será acumulado por un período máximo de 12 meses desde la fecha del primer copago devengado y si no se completa se acumularán para el próximo período, en el que no se contarán las prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o estén cubiertas fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los señalados por las ISAPRES o del FONASA, sin perjuicio de los establecidos por la Superintendencia de Salud, para ser cubierto debe encontrarse en una condición de salud que implique no solo una urgencia vital sino una secuela funcional grave, que requiera de hospitalización inmediata y urgente distinto al de la Red Asistencial a que pertenezca hasta que se encuentre en condiciones ser trasladado y el medico deberá ceñirse a las presentes reglas:

(i) Si optan por la mantención en el establecimiento, desde ese momento se empiezan a devengar los copagos para el cálculo.

(ii) Si optan por el traslado a un establecimiento no perteneciente a la Red Asistencial designado tanto por el FONASA como las ISAPRES, se aplica la precedente norma.

(iii) Si optan por el traslado a un establecimiento perteneciente a la Red Asistencial designado tanto por el FONASA como las ISAPRES, se reiniciará el cálculo del deductible.

Además es una obligación legal de informar tanto a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud como al público general vía Internet para su consulta del FONASA y de las ISAPRES.

Para el caso de discrepancia acerca de la apreciación como *urgencia vital* o *secuencia funcional grave* tanto el FONASA como las ISAPRES pueden recurrir a la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, el cual se efectuará por un Médico registrado en la entidad fiscalizadora dentro del plazo de 24 horas acompañado de los antecedentes clínicos que hagan posible sus condiciones de traslado, siendo de cargo del requirente y resolverá dentro de 2 días corridos, si no son suficientes o no están suscritos dichos antecedentes será rechazado de plano y si estos reclamos son reiterados e injustificados de la calificación hecha por el facultativo será sancionado el requirente por la respectiva Intendencia.

3.- Determinación de las Garantías Explícitas.

En cuanto a la fijación de las Garantías Explícitas en Salud se determinan por el Ministerio de Salud según lo prescrito por la Ley y el Reglamento AUGE y suscrito además por el Ministerio de Hacienda el que tendrá el carácter de Decreto Supremo. Está contenido en el Decreto Supremo N° 170 aprueba

Reglamento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Salud de 2004 de los Ministerios de Salud y de Hacienda¹⁵⁶.

La tarea que le compete al Ministerio de Hacienda de acuerdo al marco de los recursos disponibles para el financiamiento del FONASA y el valor de la prima universal determinado en Unidades de Fomento, el cual se determina por el concepto del llamado *costo esperado individual* que es el promedio del conjunto de beneficiarios del FONASA y de las ISAPRES en un período distinto de la Prima Universal y de acuerdo a los protocolos referenciales el cual se encuentra contenido en el sitio Web de la Superintendencia de Salud¹⁵⁷ en el que por lo extenso de cada uno de ellos no los trataremos en la presente obra ni competen en lenguaje jurídico sino más bien del mundo médico.

Es así que para la elaboración de las Garantías Explícitas en Salud se determinará y el procedimiento según los Objetivos Nacionales de Salud 2000-2010, los cuales ya fueron vistos en el Capítulo anterior, a través de los presentes mecanismos:

(A) El objetivo de establecer un registro de ayudas de salud y de operaciones que fijen el contexto de salud de la población.

(B) La certeza de las operaciones, su aporte al desarrollo o la aptitud de existencia personal.

(C) La relación costo efectividad de las prestaciones de salud contempladas.

Se debe seguir las siguientes medidas al momento de su fijación exposiciones epidemiales que son:

(A) Carga de enfermedad.

(B) Revisiones sistemáticas sobre la efectividad.

(C) Evaluaciones económicas.

(D) Demanda potencial, y

(E) Capacidad de oferta de los sistemas de salud (público o privado).

De acuerdo a todos los factores ya expresados anteriormente siguiendo criterios empírico-axiomáticos locales y extranjeros, se forjará una lista con las patologías y ayudas asociadas, excluyéndose obviamente las que no significan para el paciente una expectativa que permanezca o la calidad de vida de los enfermos, también el costo de incorporarlos al Régimen de Garantías Explícitas, siguiendo los otros criterios. Las dolencias que se hallan cubiertas según el Reglamento AUGE, son:

(1) Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

(2) Cardiopatías Congénitas Operables en Menores de 15 años.

(3) Cáncer Cervicouterino.

¹⁵⁶ Cada vez, que usamos el termino “Reglamento AUGE” nos estamos refiriendo al Decreto Supremo N° 170 aprueba Reglamento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Salud de 2004 de los Ministerios de Salud y de Hacienda publicado en el Diario Oficial de 28 de enero de 2005, el cual ha sido siempre desarrollado tanto en el anterior Capítulo como el presente Capítulo de la Memoria.

¹⁵⁷ Vid., la Superintendencia de Salud en la sección AUGE-GES Garantías Explícitas en Salud subsección PROTOCOLOS ATENCIÓN AUGE (en línea) <http://www.superintendenciadesalud.cl/> . Consultado el 11 de septiembre de 2005.

- (4) Cuidados Paliativos del Cáncer Terminal.
- (5) Infarto Agudo del Miocardio
- (6) Diabetes Mellitus Tipo 1.
- (7) Diabetes Mellitus Tipo 2.
- (8) Cáncer de Mama en Personas de 15 años y más.
- (9) Disrrafias Espinales.
- (10) Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en Menores de 25 años.
- (11) Tratamiento Quirúrgico de Cataratas.
- (12) Endoprótesis Total de Cadera en Personas de 65 años y más y con Artrosis de Cadera con

Limitación funcional severa.

- (13) Fisura Labiopalatina.
- (14) Cánceres en Menores de 15 años.
- (15) Esquizofrenia
- (16) Cáncer de Testículo Mayores de 15 años.
- (17) Linfomas en Personas de 15 años y más.
- (18) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- (19) Insuficiencia Respiratoria Aguda Ambulatoria en Menores de 15 años.
- (20) Neumonía Adquirida en Personas de 65 años y más.
- (21) Hipertensión Arterial Primaria en Personas de 15 años y más.
- (22) Epilepsia no Refractaria en desde 1 año y Menores de 15 años.
- (23) Salud Integral Oral para Niños de 6 años.
- (24) Prematurez. La que se distingue tanto en la Madre como la Criatura recién nacida.
- (25) Trastornos de Generación del Impulso que requieren Marcapaso en mayores de 15 años.

A partir de los próximos años (2006-07 y 2007-08) se tienen en estudio las presentes patologías, para que ser cubiertas por el Plan AUGE¹⁵⁸, las cuales, deben someterse necesariamente a la aprobación del Consejo Consultivo, no importando el año, estas serán:

- (1) Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años. 1
- (2) Cáncer Gástrico en personas de 15 años y más.2
- (3) Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más. 3
- (4) Leucemia en personas de 15 años y más. 4
- (5) Estrabismo en menores 9 años.5
- (6) Retinopatía Diabética. 6

¹⁵⁸ Vid., el Fonasa en Internet; sección ¿Qué es el AUGE?; Subsección Nuevas Prestaciones AUGE (en línea) <http://www.fonasa.cl/>. Consultado el 31 de octubre de 2005.

- (7) Vicios de Refracción en el Adulto Mayor.
- (8) Desprendimiento de Retina regmatogénico no traumático. 7
- (9) Trauma ocular.
- (10) Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido. 15
- (11) Fibrosis Quística.
- (12) Hemofilia. 8
- (13) Gran Quemado.
- (14) Depresión en personas de 15 años y más. 9
- (15) Dependencia Alcohol y Drogas
- (16) Atención Humanizada del parto
- (17) Hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticos 10
- (18) Hipoacusia en adulto mayor
- (19) Accidente Cerebro Vascular Isquemico en personas de 15 años y más 12
- (20) Artritis Reumatoidea
- (21) Artrosis
- (22) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio 13
- (23) Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años 14
- (24) Aneurismas Cerebrales
- (25) Tumores y quistes SNC
- (26) Hernia del Núcleo Pulposo
- (27) Ortesis para el Adulto Mayor 11
- (28) Urgencias odontológicas
- (29) Atención odontológica Adulto Mayor
- (30) Politraumatizados
- (31) Accidentes que requieren UTI

Al mismo tiempo la Ley AUGE establece un proceso de *verificación del costo esperado por usuario* (afiliado o beneficiario) de las Garantías Explícitas en el cual se hará un estudio llamado por el Ministerio de Salud quien lo dirigirá y coordinará, en el cual participarán el FONASA y las ISAPRES, los cuales proporcionara la información pedida en la forma y contexto que determine dicho Ministerio, según lo establezca la Ley y el Reglamento AUGE. Además dicho estudio se efectuará mediante una Resolución Administrativa la cual deberá ser extractada en el Diario Oficial y llamándose entonces a una Licitación Pública nacional o internacional ciñéndose a las normas de la Ley AUGE o la ley general

que rija al respecto¹⁵⁹; en el cual deberá contemplar las bases administrativas y técnicas vislumbrando las siguientes materias:

- (A) El plazo de entrega del estudio.
- (B) Los criterios técnicos en los cuales deberá fundarse.
- (C) La realización de una audiencia que tenga por objetivo dar a conocer los resultados al FONASA y las ISAPRES.
- (D) El plazo para que estos organismos realicen las correspondientes observaciones.

Una vez terminados los artículos los Ministerios de Salud y de Hacienda se someterán al miramiento del Consejo Consultivo siguiendo las normas ya enunciadas y regidas por el Reglamento AUGE, los cuales se harán mediante la publicación de un Decreto Supremo el cual ya se hizo referencia, el cual servirá para la fijación de la Prima Universal que es el Índice de General Real de Remuneraciones por Hora, el que rige desde los 90 días anteriores a la publicación del Reglamento y valdrá hasta los 90 días después que el nuevo Reglamento que entre a regir.¹⁶⁰

Las entidades de salud, tanto el FONASA como las ISAPRES, deben comunicarle constantemente a la Superintendencia de Salud, los valores, frecuencias y prestaciones otorgadas que integren las Garantías Explícitas, lo cual se hará que dicho órgano fiscalizador lo haga por medio de instrucciones o circulares que deben ser de general aplicación, que le incumbe a la Superintendencia de Salud¹⁶¹.

4.- El Consejo Consultivo.

(A) Objeto del Consejo Consultivo.

Se trata de una entidad de carácter técnica y asesora que sugiere al Ministro de Salud en las materias que son relativas al “análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud”¹⁶², el cual al ser un organismo asesor deberá ser citado cuando sea necesario para el efecto y la ley requiera que deba ser escuchado, que de acuerdo al Reglamento del Consejo Consultivo, que trata en el “adecuado funcionamiento e intervención en el proceso de elaboración de garantías”.¹⁶³ Sin perjuicio lo que fijaba en el Proyecto de Ley al decir “todas las materias relacionadas con la evaluación y

¹⁵⁹ Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios (publicada en el Diario Oficial de 30 de julio de 2003), la que es aplicable al FONASA y al Ministerio de Salud.

¹⁶⁰ Según lo establecido por el sitio Web de FONASA (en línea), se considerarán a partir del próximo año las enfermedades ya signadas con los números (1), (2), (3), (4), (5), (6), (8), (10), (12), (14), (17), (19), (22), (23) y (27), tal como lo expresamos anteriormente en el respectivo párrafo tocante a las enfermedades cubiertas por el Plan AUGE; en la Sección NOTICIAS NOVEDAD: AUGE 2006, en <http://www.fonasa.cl/> . Consultado el 28 de noviembre de 2005.

¹⁶¹ Vid., Art. 3° de la Ley N° 18.933 crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, modificado por las Leyes N°s 19.937 y 20.015

¹⁶² Vid., los Artículos 20 de la Ley N° 19.966 y 1° del Reglamento del Consejo Consultivo.

¹⁶³ Vid., el Decreto Supremo N° 69 del Ministerio de Salud de 2005, en el cual se contiene el Reglamento sobre el funcionamiento del Consejo Consultivo.

revisión de dicho Régimen (...) según (...) los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y al marco presupuestario definido”¹⁶⁴, el cual fue eliminado durante la discusión parlamentaria, asimismo lo que se establecía de una forma clara los límites que tenía dicho Consejo Consultivo que fue sacado.

(C) Integración del Consejo Consultivo.

(D)

En lo que respecta a la conformación e integración del Consejo, es menester saber que, tanto la Ley AUGE como el Reglamento del Consejo Consultivo, coinciden que son los miembros de aquél son:

- (i) Un representante de la Academia Chilena de Medicina.
- (ii) Dos representantes de las Facultades de Medicina de las Universidades reconocidas oficialmente en Chile.
- (iii) Dos representantes de Facultades de Economía o Administración de las Universidades reconocidas oficialmente en Chile.
- (iv) Un representante de las Facultades de Química y Farmacia de las Universidades reconocidas oficialmente en Chile
- (v) Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación¹⁶⁵.

En el Reglamento del Consejo Consultivo hace referencia que la duración de los Consejeros es de 3 años y con derecho a reelección por una sola vez y siendo un cargo “ad honorem”, en dicha norma administrativa se hace una sutil distinción en cuanto como se eligen los consejeros sean o no miembros de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, en cuyo caso:

➤ En el caso de los que son ajenos a las universidades reconocidas oficialmente en Chile, en el caso del miembro que forma parte de la Academia Chilena de Medicina deberá ser nombrado 90 días antes de terminar su cargo y para el caso de los integrantes que designe el Presidente de la República incumbirá su designación 30 días previos del termino del mismo¹⁶⁶.

➤ En el caso de los pertenecientes a las universidades reconocidas oficialmente en Chile, atañerá su nominación 120 días piores a la cesación del deber para que fue designado. Para estos Consejeros las respectivas facultades universitarias designarán solo un candidato, el cual deberá ser acompañado con los respectivos antecedentes académicos como idoneidad y excelencia, debiendo comunicarle a la Subsecretaria de Salud Pública, cada Facultad vota por un solo representante y

¹⁶⁴ Vid., Artículos 8° y 10 del Proyecto de Ley AUGE.

¹⁶⁵ Vid., los Artículos 2° y 21 del Reglamento del Consejo Consultivo y la Ley N° 19.966, respectivamente

¹⁶⁶ Vid., el Artículo 8° del Reglamento del Consejo Consultivo.

siendo electo la más alta mayoría, en caso de empate se dirime entre la segunda mayoría y todo ello dentro del plazo fijado por el Ministerio de Salud y si no lo hace se opina que se calla de votar¹⁶⁷.

(C) Funciones y Atribuciones del Consejo Consultivo.

Según lo prescrito en el Reglamento del Consejo Consultivo, que las da a conocer aquellas son:

(i) "Analizar, evaluar, y revisar la propuesta de Garantías Explícitas en Salud (esto quiere decir, que si hay que agregar, excluir o modificar las Garantías Explícitas en Salud).

(ii) Emitir, dentro del plazo de 30 días, una opinión fundada, a través de un informe, al Ministro de Salud sobre los contenidos de la propuesta de Garantías, proponiendo todas aquellas correcciones, modificaciones o indicaciones que estimare procedente (la conocida función interpretativa que es propia de cualquier ente público pero restringiendo su ámbito de aplicación solo a las Garantías Explícitas en Salud).

(iii) Absolver las consultas que le formule el Ministro de Salud en relación con las Garantías Explícitas en Salud, y además dar su opinión respecto de otras materias en que el Ministro pida su parecer¹⁶⁸ (su carácter de órgano consultivo del Ministro de Salud, según lo establecido en los artículos 27, 28 y 29 del Reglamento del Consejo Consultivo).

(D) Organización del Consejo Consultivo.

Según lo dispone el Reglamento del Consejo Consultivo que es posible distinguir dos órganos:

(i) La **Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo**: que su función es coordinar al Consejo Consultivo que es designado y remunerado por la Subsecretaría de Salud Pública, a proposición de dicho órgano asesor.

Entre las funciones que le competen a dicha entidad son¹⁶⁹:

- Llamar al Consejo a las reuniones según corresponda, recoger las noticias de inasistencia, e informar al Presidente del Consejo si se ha cumplido, en cada caso, el quórum necesario;
- Proceder como Ministro de Fe de los convenios que llegue el Consejo,
- Hacer cumplir los pactos del Consejo, copiarlos a quien corresponda y facturar un registro de dichos acuerdos, con las premisas expresas o modalidades de observancia que se soliciten al efecto;
- Alzar acta de cada sesión que celebre el Consejo, mantener al día los libros de actas, de correspondencia y otros que pudiesen estimarse precisos, e insertar en un archivo especial la documentación que el Consejo determine incluir y conservar;

¹⁶⁷ Vid., los Artículos 3º, 4º, 5º, 6º y 7º del Reglamento del Consejo Consultivo.

¹⁶⁸ Vid., el Artículo 11 del Reglamento del Consejo Consultivo.

¹⁶⁹ Vid., el Artículo 13 del Reglamento del Consejo Consultivo.

➤ Ayudar con el Presidente del Consejo en la preparación del Orden del Día de cada sesión y transmitirla a todos los consejeros, y

➤ Las demás tareas específicas que le encomiende el Presidente y el Consejo.

En cuanto a las demás funciones que le corresponde al Secretario Ejecutivo serán fijadas por el Consejo y su Presidente determinar sus tareas específicas.

(ii) El **Presidente del Consejo Consultivo**: el cual es elegido por mayoría simple de los miembros que asistan en la primera sesión y también se elige un reemplazante para las situaciones de ausencia temporal, renuncia, inhabilidad o fallecimiento.

En cuanto a las facultades que le competen al Presidente del Consejo son¹⁷⁰:

➤ Dirigir las asambleas ordinarias y extraordinarias del Consejo, dirigir y orientar los debates, someter a votación los asuntos que requieran pronunciamiento, abrir y clausurar las sesiones;

➤ Con la ayuda del Secretario Ejecutivo, elaborar el Orden del Día de cada sesión, incluyendo las materias que, a su juicio, requieran la atención del Consejo;

➤ Citar a sesiones extraordinarias, a solicitud de la mayoría de los miembros del Consejo o a petición del Ministro de Salud,

➤ Obtener del Consejo los informes, pronunciamientos u opiniones consultivas que sean procedentes en materias de su competencia;

➤ Conseguir todos los datos precisos para que el Consejo pueda emitir los informes que le sean pedidos por el Ministro de Salud,

➤ Dispensar la representación del Consejo para dar a conocer al Ministro de Salud los acuerdos, opiniones, recomendaciones y proposiciones que el Consejo eleve al respeto de dicha autoridad.

➤ En general, adoptar las providencias y resoluciones tendientes al óptimo trabajo del Consejo.

E. Las Sesiones del Consejo Consultivo.

Se dividen en dos clases: Ordinaria (a lo menos dos veces por año) y Extraordinarias (convocadas por mayoría absoluta de sus integrantes o a solicitud del Ministro), el quórum mínimo para sesionar es de 6 miembros y se avisará a lo menos con 10 días de antelación. Pueden asistir a la reunión del Consejo Consultivo solo con derecho a voz los Ministros y Subsecretarios de Salud y de Hacienda. En el Reglamento del Consejo Consultivo hace una explicación detallada de cómo debe procederse a la aprobación y celebración de las sesiones que lleve a efecto el Consejo Consultivo, la forma que deben aprobarse, la manera que deben hacerse las actas y cuando se entienden suspendidas las sesiones.

¹⁷⁰ Vid., el Artículo 16 del Reglamento del Consejo Consultivo.

F. Otras Materias que trata el Reglamento del Consejo Consultivo.

Se da a conocer entre otras:

- (i) Los debates, votaciones y acuerdos del Consejo Consultivo.
- (ii) La cesación de funciones de los cargos de Consejero.
- (iii) Las inhabilidades para el cargo de Consejero.
- (iv) La recepción de antecedentes y emisión de informes.

5.- Vigencia y Modificación de las Garantías Explícitas.

Las Garantías Explícitas en Salud tanto las que se establecieron primitivamente tienen una duración de 3 años, si no se cambian antes de ese período se entenderán prorrogadas indefinidamente las que entraran en vigencia desde el primer día de los 6 meses después de su publicación en el Diario Oficial, e incluso se puede alterar dicha regla para el caso existan "circunstancias calificadas y fundamentales en el decreto respectivo (...) en que puede (...) el Presidente de la República disponer, por decreto supremo fundado, la modificación antes de cumplirse (...) el plazo"¹⁷¹; siguiendo los criterios ya determinados tanto sean por el Consejo Consultivo como los establecidos por la Ley y el Reglamento AUGE, ya vistos anteriormente.

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado cabe tener presente lo establecido en las normas transitorias que establece al respecto en cuanto a la incorporación de nuevas enfermedades:

- (A) Que del 1º de Abril de 2005 se explicitarán 25 enfermedades.
- (B) Que del 1º de Abril de 2006 se garantizarán 40 enfermedades.
- (C) Que del 1º de Abril de 2007 se cautelarán 56 enfermedades.

Que ello no se considero en su momento en el Proyecto de Ley AUGE.

Además en el caso de las fechas ya señaladas para el caso de que sea o no sea publicado el Reglamento AUGE todavía (la Ley AUGE fue promulgada el 28 de agosto de 2004 y publicada en el Diario Oficial de 3 de septiembre de 2004), en el Decreto Supremo N° 170 de 2004 (publicado en el Diario Oficial de 28 de enero de 2005), todo ello para el primer decreto que fije a las primitivas patologías cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud; no se fijaba nada de ello primitivamente por el Proyecto de Ley AUGE.

Todo lo anterior es materia del Consejo Consultivo establecer nuevos plazos o fijar otros plazos diferentes a los ya enseñados por la Ley AUGE o por el Reglamento AUGE y/o por el Reglamento del Consejo Consultivo.

¹⁷¹ Vid., el Artículo 23 de la Ley N° 19.966

6.- Obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas.

La Ley AUGE establece el carácter obligatorio de las Garantías Explícitas de Salud en que es aplicable a los beneficiarios tanto del FONASA como de las ISAPRES, que según las respectivas leyes que nos señalan como obligatorias y pudiendo reclamarse ante la Superintendencia de Salud a través de sanciones, amonestación y/o suspensión hasta por 180 días dicho ente de salud, los que pueden ser otorgados no sólo en el territorio nacional sino además fuera del país si así lo determine el respectivo contrato de salud en caso de los usuarios de ISAPRES.

(A) La obligatoriedad para los usuarios del FONASA.

En el caso de los miembros de la atención primaria deberá emplearse lo mismo que se aplica con respecto a los miembros del FONASA, con las únicas salvedades de emergencias o urgencias. También pueden celebrarse libremente convenios con prestadores de salud independientes si es que "se le haya confirmado alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas"¹⁷² la que se obligará la Red Asistencial a que se pertenece, asimismo creemos que se mantiene la Libertad de Elegir al respectivo profesional de acuerdo a la Modalidad de Libre Elección y le atañe al Director del establecimiento verificar el cumplimiento de la Garantía de Oportunidad, en caso contrario, acogerse a la modalidad institucional, ello dentro del mismo o en el cual es desviado, pero en este caso ya no pueden elegir a las Garantías Explícitas en Salud, según se extrae de las reglas de los artículos 12 y 13 de la Ley N° 18.469 modificado por la Ley N° 19.650 perfecciona normas del área de Salud (24 de diciembre de 1999) en los cuales se realiza una reforma legal acorde a los principios de la Probidad Administrativa.

(B) La obligatoriedad para los usuarios de las ISAPRES.

En el caso de los usuarios de aquellas si se encuentran con una de las patologías o estados de salud protegidos por el Régimen de Garantías Explícitas de Salud deberán seguir los tratamientos que se fije por su Plan de Salud, salvo que opten por el Plan Complementario en cuyo caso no tendrán derecho a estas Garantías Explícitas de Salud.

(C) La Fiscalización por la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia le corresponde fijar los dispositivos o herramientas que al FONASA, las ISAPRES y/o a los prestadores que den a conocer al respecto de las presentes materias correspondientes a las Garantías Explícitas de Salud, siguiendo estos ítems:

¹⁷² Vid., el Artículo 25 de la Ley N° 19.966.

- (i) La molestia o estado de salud examinada y asistencia afiliada;
- (ii) La cantidad del reembolso que incumbe forjar al usuario;
- (iii) El término dentro del cual convendrá ser concedida la prestación correspondiente;
- (iv) La persistencia del permiso efectivo de la ayuda o la causal por la que ella no se concedió, con expresa mención de la razón de la negativa.
- (v) Además, convendrá en regular los módulos que deberán efectuar el FONASA y las ISAPRES, para desempeñar con la Garantía Explícita de Oportunidad advertida en esta ley en caso de que la asistencia no hubiera sido otorgada a tiempo al beneficiario.

(D) La suspensión de la obligatoriedad del otorgamiento de la Garantía de Oportunidad.

Para el caso de alguna epidemia que asalte al territorio y extensión de alguna patología que signifiquen incidencias que figuren arduo peligro para la salud o la existencia de las personas, en cuyo caso será solo de un mes y dilatable por igual lapso de tiempo si se mantienen dichas causales.

7.- Otras Obligaciones.

Al momento de la fijación del Reglamento AUGE se reglarán asimismo la cobertura financiera de la modalidad de Libre Atención, en cuyo caso debiendo otorgarse a los usuarios del FONASA, a través de aquél de establecerse en la modalidad ya señalada en el mismo plazo determinado.

Además en la Ley AUGE establece que las alteraciones que se hagan por el Reglamento AUGE no deben ser superiores al Índice General Nominal de Remuneraciones por Hora (que se determina en base a la Jornada Ordinaria de Trabajo) que fije el Instituto Nacional de Estadísticas, ciñéndose al plazo indicado por la misma ley en cuanto a su duración (90 días antes de la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y 90 días anteriores a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación¹⁷³).

En el Reglamento AUGE se establecen las llamadas metas de cobertura del conocido Examen de Medicina Preventiva ("el plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo de la vida con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias...deberán ser consideradas aquellas enfermedades o patologías para los cuales existe evidencia del beneficio de detección temprana en un individuo asintomático"¹⁷⁴), obligatorio a los usuarios no sólo del FONASA

¹⁷³ Vid., el Artículo 32 de la Ley N° 19.966

¹⁷⁴ Vid., el Artículo del Decreto N° 170 de 2004 de los Ministerios de Salud y de Hacienda, Artículo 1° N° 4.

sino también de las ISAPRES, las cuales deberán cumplirse a más tardar en un año de entrada en vigencia del Reglamento AUGE¹⁷⁵, lo distingue en dos tipos:

(A) Prevención de Problemas de Salud en la población general.

Se entiende como tales aquellos problemas de salud cuyos factores de riesgo dependen de la edad y/o sexo de los beneficiarios; fijando la intervención, población objetiva y meta de cobertura, tales son:

(i) **Fenilcetonuria**, determinación de Fenilalanina en la sangre, en recién nacidos y cobertura del 100 % de la población.

(ii) **Hipotiroidismo**, determinación de TSH en la sangre, en recién nacidos y cobertura del 100 % de la población.

(iii) **Bebedor Problema**, escala breve para la detección del Bebedor Anormal y Consejería, personas de 15 a 64 años y cobertura del 10 % de la población.

(iv) **Hipertensión Arterial**, medición de la presión arterial estandarizada, personas de 15 a 64 años y cobertura del 10 % de la población.

(v) **Tabaquismo**, cuestionario estandarizado, personas de 15 a 64 años y cobertura del 10 % de la población.

(vi) **Obesidad**, medición de peso y talla, personas de 15 a 64 años y cobertura del 10 % de la población.

(vii) **Dislipidemia**, examen de colesterol total, hombres de 45 a 64 años y mujeres de 35 a 64 años y cobertura del 10 % de la población.

(viii) **Cáncer Cervicouterino**, examen de Papanicolau, mujeres desde 25 a 64 años y 35 % de la población.

(ix) **Cáncer de Mama**, mamografía, mujeres de 50 años y 10 % de la población.

B. Prevención de Problemas de Salud en la población de riesgo:

Se entiende como aquellos problemas de salud cuya aparición depende factores de riesgo asociado a antecedentes familiares, genéticos u otros distintos a la edad, sexo, y que es mayor en la población general; determinando la intervención, población objetiva y meta de cobertura, tales son:

(x) **Diabetes Mellitus**, glicemias en ayuna, mujeres embarazadas con factores de riesgo y 100 % de la población.

(xi) **Tuberculosis**, baciloscopia, personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios por 15 días o más y 80 % de la población.

¹⁷⁵ El Reglamento entra a regir desde el momento de su publicación en el Diario Oficial el 28 de Enero de 2005, según se encuentra en el Ministerio de Salud (en línea) <http://www.minsal.cl/> . Consultado 13 de mayo de 2005.

(xii) **Infección de Virus de Inmunodeficiencia Humana**, test de Elisa de tamizaje y confirmatorio con conserjería pre y post examen, embarazadas con factores de riesgo y 100 % de la población,

(xiii) **Sífilis**, examen de VDRL en sangre, embarazadas y personas con conductas de riesgo y 100 % de la población.

Por último le incumbe a la Superintendencia de Salud el respeto de todas las metas ya señaladas por medio de las funciones que le encomienda la respectiva ley que la creo¹⁷⁶.

Esto corresponde a las nuevas enfermedades que se incorporan al Examen de Medicina Preventiva deben realizarse por lo menos una vez al año los afiliados tanto del FONASA como de las ISAPRES.

Segunda Parte: OTRAS CUESTIONES REGULADAS POR LA LEY AUGE.

Se concentra en las normas de los Títulos II y III de la Ley N° 19.966 que veremos en seguida, de forma somera y dando una explicación de las principales instituciones que allí se regulan materias que conservaron en la discusión parlamentaria y agregación de otras nuevas materias, respectivamente.

8.- Modificaciones a otras leyes.

Dentro del Título II Disposiciones Varias de la Ley AUGE aquí se contienen un conjunto de normas modificatorias a otras leyes en materia de salud adecuando al llamado Régimen General de Garantías de Salud, que las leyes expresamente modificadas son:

(A) La Ley N° 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

Las principales reformas a esta Ley son a las siguientes materias:

(i) Se incorporan como beneficiarios de esta ley a las personas que gocen de una prestación del Seguro de Cesantía y sus causantes de asignación familiar. (Art. 6° letra g));

(ii) Se cambio el encabezado las prestaciones de que ahora tendrían derecho a recibir del Régimen General de Garantías (Art. 8°);

(iii) Se modifican y suprimen algunas normas relativas a las prestaciones del Régimen General de Garantías (Art. 11);

(iv) Se modifican el financiamiento del régimen de prestaciones de salud de la ley (Art. 27);

¹⁷⁶ Vid., el Artículo 32 de la Ley N° 19.966.

(v) En cuanto a al labor del Director del FONASA puede condonar total o parcialmente la diferencia de precios, incorporándose esa misma tarea a los Directores de los Servicios de Salud y Establecimiento de Autogestión en Red (Art. 30), y

(vi) Se agregan las palabras de beneficiario y organismo de administración del Estado (Art. 33).

(B) La Ley N° 18.933 Crea Superintendencia de ISAPRE, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el D.F.L. N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Las importantes innovaciones a esta Ley son:

(i) Se agrega el nuevo concepto de plan de salud convenido, plan de salud, plan complementario o plan, en el cual es el beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías de Salud (Art. 2° letra k);

(ii) En cuanto a las prestaciones contenidas en el Contrato de Salud en cuanto a ciertos contenidos mínimos (Art. 33 letras a), b), c) y d));

(iii) Se modifica en cuanto al Plan Complementario en su valor que no sea inferior al 25% de la cobertura ni pueden tener un beneficio inferior a lo establecido para la modalidad de Libre Elección del FONASA y si es contrario, se entiende como no escrita. (Art. 33 bis);

(iv) Se intercala un nuevo párrafo 5° denominado *§ 5. De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías de Salud* (Artículos 42 A, 42 B, 42 C, 42 D y 42 E).

(C) El Decreto Ley N° 2.763 de 1979, reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, FONASA, Instituto de Salud Pública y Central Nacional de Abastecimiento.

Se modifican las normas de las funciones del FONASA, en cuanto se resguarden las garantías explícitas de calidad, acceso y oportunidad. (Art. 27 letra b) segunda frase) por las garantías ya señaladas y su carácter de exigible.

9.- Responsabilidad en Materia Sanitaria.

El presente Título III fue incorporado en la discusión parlamentaria durante su trámite en el Senado de la República, en el cual consta de dos párrafos que nos señalan acerca:

(A) Disposiciones Generales.

No merecen mayor explicación, ya que es una reiteración de las normas generales de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y del Código

Civil, todo ello es aplicación de la conocida teoría de la Doctrina y Jurisprudencia de la llamada falta de servicio, que es reclamable ante la Superintendencia de Salud.

(B) La Mediación.

(i) **Concepto de Mediación:** “es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa de las partes y con la intervención de un mediador, ellas lleguen a la solución extrajudicial de la controversia”¹⁷⁷.

(ii) **Ejercicio de las Acciones Jurisdiccionales:** en cuyo caso se distinguen en que tipo de prestadores en materia de salud:

➤ Los Prestadores Institucionales Públicos, para la reparación de los “daños producidos en el otorgamiento de las prestaciones de carácter asistencial”¹⁷⁸, lo cual deberá dirigirse ante el Consejo de Defensa del Estado, sin perjuicio de iniciar las demás medidas administrativas que procedan y el derecho a repetir contra el funcionario responsable.

➤ Los Prestadores Privados, ante “los mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, procedimiento que será de cargo de las partes y designación del Mediador por las partes de común acuerdo, si no se hace se mira como fracasada”¹⁷⁹.

(iii) **Contenido del Reclamo:** es necesario distinguir de que Prestador se tramitará si es:

➤ Ante el Consejo de Defensa del Estado: el interesado deberá presentar los siguientes antecedentes: Nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio, demás antecedentes que permitan su identificación y lo mismo para su representante legal.

➤ Ante la Superintendencia de Salud, directamente ante este organismo con los mismos requisitos anteriores, sin perjuicio de las normas particulares que se dicten al respecto.

(iv) **Duración y Efectos del Proceso de Mediación:** es de 60 días corridos desde el 3º día del primer llamado al reclamado y podrá ser ampliado como máximo hasta por 120 días. Si no se llega a un acuerdo se mira como fracasado y se suspende los lapsos de prescripción de las acciones civiles y criminales, mientras dure este proceso¹⁸⁰.

(v) **Audiencias durante el Proceso de Mediación:** si en la primera audiencia de Mediación, el Mediador dará a conocer los objetivos y alcances del proceso, en caso de incomparecencia de cualquiera de las partes y si no hay datos que expliquen la inasistencia se mirará como parada y en cualquier instante pueden renunciar las partes su actuar no seguir adelante y se suscribirá un acta¹⁸¹.

¹⁷⁷ Vid., el Art. 43 de la Ley N° 19.966.

¹⁷⁸ Ibidem.

¹⁷⁹ Ibidem.

¹⁸⁰ Vid., el Art. 45 de la Ley N° 19.966.

¹⁸¹ Vid., los Artículos 46 y 47 de la Ley N° 19.966.

(vi) **Comparecencia de las partes en la Mediación:** las partes pueden asistir de forma personal o asistidas por medio de apoderado con poder especial para transigir, también pueden ser acompañadas por terceros, y el Mediador puede citar a las partes conjunta o por separado velando en todo momento por el respeto de los principios de "probidad administrativa, igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad"¹⁸², si esta implicado en asuntos que lo inhiben se dará paso a otro Mediador debiendo ser declarado de oficio.

(vii) **Carácter Secreto de la Mediación:** el cual es para mantener el éxito de las diligencias y respeto de los principios antes mencionados, asimismo se obligan con la reserva de que hubieran dado tiempo de participación en las intromisiones, serán penalmente responsables de la violación a esas normas y por consiguiente solicitar la devolución de los antecedentes que se acompañaron¹⁸³, sin perjuicio de la responsabilidad penal.

(viii) **Efectos del Acta Final de Mediación:** en materia de conseguir a un acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes, mientras para los prestadores públicos deberá ser aprobado por el Consejo de Defensa del Estado.

(ix) **Requisitos Generales de todo Mediador:** no importando si se trata de tipo de Mediador público o particular:

- Título Profesional de una carrera de a lo menos 10 semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste.

- Cinco años de experiencia laboral.

- No haber sido condenado ni haber sido objeto de formalización de investigación criminal, por delito que merezca pena aflictiva.

- Un Reglamento de los Ministerios de Salud y de Hacienda, establecerá la forma de designación, modalidad de control, causales de eliminación y demás normas para el sistema de funcionamiento del proceso de mediación¹⁸⁴.

(x) **Valores y aranceles del proceso de Mediación:** serán determinados por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el Consejo de Defensa del Estado.

(xi) **Otras cuestiones relativas a la Mediación:** se encuentran contenidos y establecidos por el Consejo de Defensa del Estado, ya determinados.

¹⁸² Vid., los Artículos 48, 49 y 50 de la Ley N° 19.966.

¹⁸³ Vid., el Art. 51 de la Ley N° 19.966.

¹⁸⁴ Vid., el Decreto Supremo N° 47 del Ministerio de Salud de 2005, el cual se encuentra en el Consejo de Defensa del Estado (en línea) http://mediacion.cde.cl/descarga/reglamento_mediacion.pdf. Consultado el 31 de octubre de 2005.

CONCLUSIONES.

La nueva normativa es un cambio fundamental en la manera de cómo se concibe la salud en Chile; por que nosotros los acordamos de los hospitales, clínicas o consultorios solo cuando estamos padeciendo de alguna enfermedad más o menos complicada, pero antes que hacemos mientras estamos '*sanos*' no hacemos nada y para ello el Estado ha creado o ideado un conjunto de enfermedades o condiciones de salud de mayor ocurrencia entre nosotros los habitantes de este país, para que en el evento de padecerlas nos encontremos cubiertos con las respectivas garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las mismas.

Además pensamos que a las ISAPRES con creación de esta nueva institucionalidad se esta produciendo en este momento y además se producirá con mayor fuerza en el corto plazo la denominada '*fuga de afiliados y beneficiarios*' al FONASA, producto de que en los tramos A y B de este sistema no pagan nada, los miembros del Tramo C solo pagan un pequeño porcentaje y los pertenecientes al Tramo D a través de un copago máximo del 20 % de la enfermedad cubierta y a todos ellos no importando sus ingresos mensuales solo se les descuenta el 7% de su remuneración; a diferencia de las primeras que se firma el Contrato de Salud entre el usuario y la respectiva institución en que las partes pactan su convención pero en las ISAPRES, tendrán un precio máximo deducible en cierta cantidad variable por evento de ocurrencia de alguna de las patologías cubiertas por el Sistema o Plan AUGE.

También la nueva reforma a la salud el Sistema o Plan AUGE creemos si nos ceñimos a lo establecido y dispuesto por ella disminuirán en las enfermedades cubiertas, los lapsos y plazos de atención que serán mucho mas razonables, en lo que respecta a la atención sea lo más eficiente y oportuna sujetándose a los patrones determinados, en un cierto lapso de tiempo que sea más o menos sensato y sean pagados los costos de las enfermedades cubiertas hasta un tope de un 20 % de la respectiva enfermedad; sin perjuicio de la cobertura financiera adicional y del deducible en las patologías ya cubiertas en el caso de que no tengan la suficiente protección por parte del FONASA o de la ISAPRE respectiva.

Del mismo modo creemos que la Salud esta entrando lentamente al sistema de mercado aplicando las reglas económicas del libre mercado el cual se aleja del Estado de Bienestar el sitial que siempre ha estado y del cual no debe salir, puesto que en caso de no ser otorgada la prestación por el FONASA será asumida por una de las ISAPRES y en caso de no sean otorgadas por las ISAPRES le corresponde a FONASA, lo cual se efectúa por la compra de la respectiva prestación de salud que cumpla los esquemas determinados y establecidos, ciñéndose a los patrones que determine en su

momento la Superintendencia de Salud, para cada una de las enfermedades que según los protocolos de atención determinados.

Es la primera vez que en nuestro país los llamados Derechos Económicos, Sociales y Culturales se encuentran debidamente garantizados y cautelados dejando el carácter de una mera regulación en las normas constitucionales que los regulan y es así que sea en este momento solo a nivel legal sean reclamables y exigibles, a través de la Superintendencia de Salud de forma de que los usuarios y beneficiarios del FONASA y de las ISAPRES en el caso de que ellos no cumplan con el otorgamiento de las llamadas garantías explícitas en salud que forman del Sistema o Plan AUGE sean reclamadas ante la Superintendencia de Salud sin necesidad de recurrir a los Tribunales de Justicia a efectuar el correspondiente reclamo, ya que pensamos que la autoridad administrativa puede ser juez y parte a la vez, pero tanto la Superintendencia de Salud como el Consejo de Defensa del Estado.

Asimismo creemos que faltan otras patologías que significan e igualmente son gastos en la población, también son evitables entre el común de los chilenos y chilenas, puesto que la reforma del Plan o Sistema AUGE implicaría a partir de 2007 con 56 enfermedades, el cual no debe ser entendida de esa concepción, sino que se deben tomar más en cuenta a cada uno de los enfermos y sus patologías en particular, ya que ellas son las importantes, esto es, por la solidaridad social y el derecho de acceso a la salud, las cuales deben protegerse igualmente que las mencionadas; en que podrían tener a lo menos tuteladas las garantías de oportunidad y protección financiera de las mismas, evitándose la llamada distinción entre las enfermedades AUGE y no AUGE.

En que el Plan o Sistema AUGE hace una sutil *distinción entre enfermedades cubiertas y no cubiertas* por este medio; lo que hace que las patologías o condiciones de salud no cubiertas sean atendidas en desmedro de las enfermedades protegidas, lo cual hace que en vez de disminuir las muertes que se ocasionan a raíz de ellas se vaya en una pirámide alcista, hay que esperar que dentro del mediano y largo plazo sean protegidas todas y cada una de las enfermedades que afectan a los chilenos y chilenas, por que los estudios efectuados por la prensa escrita, radio y televisión señalan que las dolencias de que se encuentran protegidas solo cubren al 51 % de los malestares de mayor prevalencia u ocurrencia en los ciudadanos del país, entonces el resto se espera que se muera o que los lapsos de atención sean mayores que su sufrimiento aumenten in crescendo sus dolores y terminen fatalmente sus respectivas vidas por la inacción u omisión de los sistemas de salud a que ellos mismos pertenecen y a diferencia de los sujetos que padecen alguna de las molestias que forman parte de aquellas cubiertas; lo cual nos hace pensar que los hospitales, clínicas y consultorios de nuestro país deberán atenerse a los criterios que se fijen por las autoridades de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud para que exista igualdad de oportunidades, ya que el lema de la misma es *con la reforma ganan todos los chilenos*, lo cual pensamos que solo están protegidos los

chilenos y chilenos que actualmente padecen algunas de las enfermedades ahora protegidas y en el futuro más cercano de las otras patologías que se irán anexando de manera gradual, esperando que en este año de elecciones presidenciales, es de sentir por alguno de los candidatos a la Presidencia de la República en sus respectivos planes de gobierno se encuentre en incorporar más condiciones de salud al Sistema o Plan AUGE, terminándose de manera radical con la deshonrosa distinción que ya señalamos precedentemente.

Todo lo anterior nos lleva a terminar que deben capacitarse y formarse no sólo a los directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares que trabajan en los establecimientos de salud y los servicios públicos, sino que además nosotros, el público general o los cotizantes o beneficiarios, esto es, los llamados beneficiarios de la salud pública o privada, en que realmente no hemos entendido ni comprendido la envergadura de la presente reforma a la salud, ya mencionada el Sistema o Plan AUGE, del cual nos ha faltado conocimiento de los beneficios, garantías explícitas, las enfermedades que están cubiertas ahora y las que se cubrirán a partir de los años venideros, quien determinará a las patologías que forman o serán parte del Plan o Sistema AUGE a futuro y entre otras miles de dudas y cuestiones que se hace la gente común y corriente acerca no importando los ingresos, el nivel cultural o educacional, calidad de vida, ingresos económicos, entre otros factores subjetivos que coartan el accionar de las personas en particular y así nos lleva a decir que en la presente Memoria se nos ilustra en un lenguaje claro a cada una de las cuestiones y otras más y dio a conocer asimismo de las patologías cubiertas por el llamado Examen de Medicina Preventiva y de aquellas patologías que se cubrirán a partir de los años venideros.

BIBLIOGRAFÍA

A. Textos Normativos Jurídicos Legales.

1. Constitución Política de la República de Chile de 1980. 2000. 7ª Edición Oficial. Santiago de Chile. Editorial jurídica de Chile.
2. Decreto Ley N° 2763 reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el FONASA, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud de 1979.
3. Ley N° 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
4. Ley N° 18.933 crea Superintendencia de ISAPRE, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el D.F.L. N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud.
5. Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión.
6. Ley N° 19.966 establece un Régimen de Garantías en Salud.
7. Decreto Supremo N° 170 del Ministerio de Salud de 2004 o "Reglamento AUGE".
8. Decreto Supremo N° 47 del Ministerio de Salud de 2005 o "Reglamento de Mediación".
9. Decreto Supremo N° 69 del Ministerio de Salud de 2005 o "Reglamento del Consejo Consultivo"

B. Textos Normativos.

1. ALLENDE GOSENS, SALVADOR. 1939. La realidad médico-social chilena. Santiago de Chile. Ediciones Lathrop. 216 pp.
2. BERNASCHINA GONZÁLEZ, MARIO. 1953. La constitución chilena. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 178 pp.
3. BOWEN HERRERA, ARTURO. 1992. Introducción a la Seguridad Social. Tercera Edición Actualizada. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 153 pp.
4. BULNES ALDUNATE, LUZ. 1988. El Derecho a la Salud en los ordenamientos constitucionales chilenos. Gaceta Jurídica. Año XII N° 97: pp. 3-11.
5. BULNES ALDUNATE, LUZ. 2005. El Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución de 1980. Gaceta Jurídica. Año XXXIX N° 295: pp. 12-29
6. CONCHA CRUZ, ALEJANDRO y MALTES CORTEZ, JULIO. 1995. Historia de Chile. Sao Paulo Brasil. Editorial Bibliográfica Internacional. 787 pp.
7. EVANS DE LA CUADRA, ENRIQUE. 1997. Los Derechos Constitucionales. Segunda Edición Actualizada. 3 Tomos. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. Tomo II 387 pp. y Tomo III 453 pp.

8. GAETE BERRIOS, ALFREDO y SANTANA DEVIS, INES. 1949. Manual de Seguridad Social. Santiago de Chile. Ediciones Artes y Letras. 206 pp.
9. GONZÁLEZ CORTES, EZEQUIEL. 1927. Los Seguros Sociales: (enfermedad, maternidad, invalidez, ancianidad y muerte). Santiago de Chile. Ediciones Artes y Letras. 166 pp.
10. HIDALGO BENAVENTE, PAOLA ANTONIETA. 2003. El derecho a la protección de la salud, en relación a las prestaciones médicas otorgadas por las Isapres. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Talca Chile. 174 pp.
11. HUMERES NOGUER, HECTOR y HUMERES MAGNAN HECTOR. 2000. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Decimasexta Edición actualizada y aumentada. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 626 pp.
12. LANATA FUENZALIDA, Gabriela. 2001. Manual de Legislación Provisional. Santiago de Chile. Editorial Conosur. 364 pp.
13. NANCUANTE ALMONACID, ULISES y SOTOMAYOR KLAPP, ROBERTO. 2001. Derecho de la Salud. Santiago de Chile. Editorial Conosur. 627 pp.
14. NOGUIERA ALCALÁ, HUMBERTO. 1997. Dogmática Constitucional. Talca Chile. Editorial Universidad de Talca. 380 pp.
15. NOVOA FUENZALIDA, PATRICIO. 1977. Derecho de la Seguridad Social. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 510 pp.
16. NOVOA FUENZALIDA, PATRICIO. 1982. La nueva legislación sobre salud y previsión social. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 333 pp.
17. ROGERS MARTÍNEZ, MIGUEL. 1957. El Servicio Nacional de Salud. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. 163 pp.
18. SAPELLI, CLAUDIO Y TORCHE, ARISTIDES. 1997. ¿Fonasa para pobres, Isapres para ricos? Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Documento de Trabajo N° 183. 30 pp.
19. URZÚA VALENZUELA, GERMAN. 1991. Manual de Derecho Constitucional. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 432 pp.
20. VERDUGO MARINKOVIC, MARIO; PFEFFER URQUIAGA, EMILIO y NOGUEIRA ALCALÁ, HUMBERTO. 1994. Derecho Constitucional. Primera Edición. 2 Tomos. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. Tomo I. 369 pp.
21. VIO VALDIVIESO, FRANCISCO. 1956. El derecho a la salud en la legislación chilena. Santiago de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 214 pp.
22. VÍO VALDIVIESO, RODOLFO. 1988. Manual de la Constitución de 1980. Santiago de Chile. Ediciones Colchagua. 318 pp.

23. YAÑEZ GUILIUCCI, MARÍA CAROLINA. 2001. El derecho a la protección de la salud en Chile a la luz de la doctrina y jurisprudencia nacional. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Talca Chile. 174 pp.

C. Fuentes Electrónicas y Digitales de Internet

1. DISCURSO PRESIDENCIAL DEL 21 DE MAYO DE 2002 (en línea). Gobierno de Chile en Internet. Disponible en el Sitio Web http://www.gobiernodechile.cl/21mayo2004/discurso_2002.asp. Consultado 13 de Mayo de 2005.
2. DIAPOSITIVAS DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD. (en línea). Ministerio de Salud en Internet. Disponible en el sitio Web http://www.minsal.cl/ici/asi_funciona_auge.html. Consultado 13 de Mayo de 2005.
3. DISCUSIONES PARLAMENTARIAS DEL PROYECTO DE LEY AUGE (en línea). Congreso Nacional en Internet. Disponible en el sitio Web <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. Consultado 28 de Abril de 2005.
4. DEFINICIONES BASICAS DEL AUGE ANTE LOS PRESTADORES (en línea). ISAPRE Más Vida en Internet. Disponible en el Sitio Web http://www.masvida.cl/portada/seminario_contraloria/jose_concha.ppt Consultada el 8 de septiembre de 2005.
5. ¿QUIÉN ES MICHELLE BACHELET? (en línea). Sitio Oficial de la candidata Michelle Bachelet en Internet. Disponible en el Sitio Web http://www.michellebachelet.cl/m_bachelet/ambientes/0/. Consultado 09 de Septiembre de 2005.
6. PREGUNTAS FRECUENTES DE LA REFORMA DE SALUD. (en línea). Ministerio de Salud en Internet. Disponible en el sitio Web http://www.minsal.cl/ici/preguntas_frecuentes/preguntas_reforma.html. Consultado 13 de Mayo de 2005.
7. PROTOCOLOS ATENCIÓN AUGE (en línea) Superintendencia de Salud en Internet. Disponible en el Sitio Web <http://www.superintendenciadesalud.cl/>. Consultado el 11 de septiembre de 2005.
8. REFORMA DE LA SALUD. 2002. GOBIERNO DE CHILE. MINISTERIO DE SALUD (en línea). Ministerio de Salud en Internet. Disponible en el sitio Web http://www.lyd.com/programas/social/salud/ministro_artaza.ppt. Consultado 13 de Mayo de 2005.
9. <http://www.cde.cl>. Sitio Web del Consejo de Defensa del Estado de Chile.
10. <http://www.congreso.cl>. Sitio Web del Congreso Nacional de Chile.
11. <http://www.fonasa.cl>. Sitio Web de FONASA
12. <http://www.superintendenciadesalud.cl> Sitio Web de la Superintendencia de Salud
13. <http://www.minsal.cl>. Sitio Web de la Superintendencia de Salud

D. Seminarios, Charlas y Conferencias Asistidas.

1. ROJAS GUERRERO, CARLA. 2005. Conferencia o Taller de Salud 10 de la Fundación CRATE. Los días 2, 10 y 16 de Noviembre de 2005, efectuadas en los campamentos pertenecientes al Programa Puente de las comunas de Talca, Curepto y Maule, respectivamente.
2. TORO, JORGE. 2005. Conferencia del Plan o Sistema AUGE de la Pastoral Social del Obispado de Talca ante los agentes pastorales de Talca Ciudad. El día 21 de octubre de 2005, efectuada en el salón de reuniones del Obispado de Talca.

INDICE GENERAL DE LA MEMORIA

| | |
|---|----|
| RESUMEN | i |
| ABREVIATURAS DE USO FRECUENTE | ii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO | 3 |
| PRIMERA PARTE: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD EN CHILE | 3 |
| 1.- Situación anterior a 1980 | 3 |
| (A) Etapa entre 1906 a 1925 | 3 |
| (B) La Junta Militar de 1924-1925 | 5 |
| (C) Situación de 1925-1970 | 5 |
| (D) El Pacto o Estatuto de Garantías Constitucionales | 6 |
| (E) Principales Leyes en materia de Salud del periodo 1906-1980 | 7 |
| 2.- La Salud y la Seguridad Social a partir de 1980 | 8 |
| 2.1 El Derecho a la Salud en la Constitución de 1980 | 8 |
| (A) Antecedentes Jurídicos del Derecho a la Salud | 8 |
| (i) El Decreto Ley N° 128 de 1973 | 8 |
| (ii) El Decreto Ley N° 1552 de 1976 | 8 |
| (B) La Comisión de Estudios de la Nueva Constitución o Comisión "Ortúzar" y el Derecho a la Salud | 9 |
| (i) Consideraciones previas: integración y conformación de la Comisión de Estudios | 9 |
| (ii) El Derecho a la Salud en dicho Anteproyecto y su contenido | 9 |
| (C) El Consejo de Estado y el Derecho a la Salud | 10 |
| (i) Consideraciones preeliminarias de su conformación e integración del Consejo de Estado | 10 |
| (ii) El Derecho a la Salud en dicho Texto y su contenido | 10 |
| (D) El Derecho a la Protección de la Salud propiamente tal y su texto definitivo | 10 |
| (i) Contenido de la norma constitucional | 10 |
| (ii) Criterios seguidos por el Constituyente de 1980 | 11 |
| 2.2 El Derecho a la Seguridad Social en la Constitución de 1980 | 13 |
| (A) Concepto de Seguridad Social | 13 |

| | | |
|--|--|-----------|
| (B) | El Derecho a la Seguridad Social en el Acta Constitucional N° 3 | 14 |
| (C) | El Derecho a la Seguridad Social en la Constitución Política de 1980 propiamente dicho | 15 |
| 3.- | Otras Garantías en Salud y Seguridad Social en el texto de la Constitución de 1980 | 16 |
| (A) | La Igualdad ante la Ley | 16 |
| (B) | La Garantía de Ley de Quórum Calificado | 16 |
| (C) | Las Materias de Ley | 17 |
| 4.- | Situación de la Salud en los Gobiernos de la Concertación | 17 |
| SEGUNDA PARTE: LOS PRINCIPIOS DEL DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL APLICADOS AL | | |
| CAMPO DE LA SALUD | | 18 |
| 5.- | La Universalidad | 18 |
| (A) | Universalidad Subjetiva | 18 |
| (B) | Universalidad Objetiva | 19 |
| 6.- | La Integridad | 19 |
| 7.- | La Solidaridad | 20 |
| 8.- | La Unidad | 21 |
| 9.- | Otros Aspectos que inciden en el Derecho de la Salud | 21 |
| (A) | La Subsidiariedad | 21 |
| (B) | La Estabilidad | 22 |
| (C) | Las Libertades | 22 |
| CAPÍTULO II PROYECTO DE LEY DENTRO DEL CONGRESO NACIONAL | | 23 |
| 1.- | Discurso Presidencial del 21 de Mayo de 2002 | 23 |
| 2.- | El Proyecto de Ley AUGE | 24 |
| (A) | Antecedentes Históricos | 24 |
| (B) | Valores y Principios que informan la Reforma a la Salud | 24 |
| (C) | Fundamentos Sociales y Sanitarios de la Reforma a la Salud | 25 |
| (D) | Materias que se deben abordar en la Reforma a la Salud | 25 |
| (E) | Itinerario de la Reforma | 27 |
| (F) | Contenido del Proyecto | 28 |
| 3.- | La Cámara de Diputados | 29 |
| (A) | Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley | 29 |
| (i) | Primer Informe de la Comisión de Salud | 29 |
| (ii) | Primer Informe de la Comisión de Hacienda | 33 |
| (B) | Discusión en General del Proyecto de Ley en la Sala | 34 |

| | | |
|-------|---|----|
| (i) | Diputado Informante de la Comisión de Salud | 34 |
| (ii) | Diputado Informante de la Comisión de Hacienda | 34 |
| (iii) | Opinión del Ministro de Salud | 34 |
| (iv) | Opiniones de algunos Diputados | 35 |
| (v) | Votación de la Sala | 35 |
| (C) | Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley | 36 |
| (i) | Segundo Informe de la Comisión de Salud | 36 |
| (ii) | Segundo Informe de la Comisión de Hacienda | 37 |
| (D) | Discusión Particular del Proyecto de Ley en la Sala | 38 |
| (i) | Diputado Informante de la Comisión de Salud | 38 |
| (ii) | Diputado Informante de la Comisión de Hacienda | 38 |
| (iii) | Opiniones de algunos Diputados | 38 |
| (iv) | Votación de la Sala | 39 |
| 4.- | El Senado de la República | 39 |
| (A) | Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley | 39 |
| (i) | Primer Informe de la Comisión de Hacienda | 39 |
| (ii) | Primer Informe de la Comisión de Salud | 39 |
| (iii) | Informe Complementario de la Comisión de Salud | 41 |
| (B) | Discusión en General del Proyecto de Ley en la Sala | 42 |
| (i) | Secretario del Senado | 42 |
| (ii) | Senador Informante de la Comisión de Salud | 42 |
| (iii) | Senador Informante de la Comisión de Hacienda | 42 |
| (iv) | Opiniones de algunos Senadores | 42 |
| (v) | Opinión del Ministro de Salud | 43 |
| (vi) | Votación del Proyecto | 43 |
| (C) | Discusión en las Comisiones del Proyecto de Ley | 43 |
| (i) | Segundo Informe de la Comisión de Salud | 43 |
| (ii) | Segundo Informe de la Comisión de Hacienda | 44 |
| (D) | Discusión Particular del Proyecto de Ley en la Sala | 44 |
| (i) | Opiniones de algunos Senadores | 44 |
| (ii) | Opinión del Ministro de Salud | 45 |
| (iii) | Votación del Proyecto | 45 |
| 5.- | Aprobación de la Cámara de Diputados de las reformas efectuadas por el Senado | 45 |
| (A) | Opiniones de algunos Diputados | 47 |

| | |
|--|-----------|
| (B) Votación del Proyecto | 47 |
| CAPITULO III REGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD DE LA LEY AUGE | 48 |
| PRIMERA PARTE: LAS GARANTÍAS GENERALES EN SALUD DE LA LEY AUGE | 48 |
| 1.- Aspectos Generales | 48 |
| 1.1 Garantía Explícita de Acceso | 51 |
| 1.2 Garantía Explícita de Calidad | 52 |
| 1.3 Garantía Explícita de Oportunidad | 53 |
| 1.4 Garantía Explícita de Protección Financiera | 55 |
| 2.- Cobertura Financiera Adicional | 56 |
| (A) La Cobertura Financiera Adicional propiamente tal | 56 |
| (B) El Deductible | 57 |
| 3.- Determinación de las Garantías Explícitas | 58 |
| 4.- Consejo Consultivo | 61 |
| (A) Objeto del Consejo Consultivo | 61 |
| (B) Integración del Consejo Consultivo | 62 |
| (C) Funciones y Atribuciones del Consejo Consultivo | 63 |
| (D) Organización del Consejo Consultivo | 63 |
| (E) Las Sesiones del Consejo Consultivo | 64 |
| (F) Otras Materias que trata el Reglamento del Consejo Consultivo | 65 |
| 5.- Vigencia y Modificación de las Garantías Explícitas | 65 |
| 6.- Obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas | 66 |
| (A) La obligatoriedad para los usuarios del FONASA | 66 |
| (B) La obligatoriedad para los usuarios de las ISAPRES | 66 |
| (C) La Fiscalización de la obligatoriedad del otorgamiento de las Garantías Explícitas de Salud por la Superintendencia de Salud | 66 |
| (D) La suspensión de la obligatoriedad del otorgamiento de la Garantía de Oportunidad | 67 |
| 7.- Otras Obligaciones | 67 |
| (A) Prevención de Problemas de Salud en la población general | 68 |
| (B) Prevención de Problemas de Salud en la población de riesgo | 68 |
| SEGUNDA PARTE: OTRAS CUESTIONES REGULADAS POR LA LEY AUGE | 69 |
| 8.- Modificaciones a otras leyes | 69 |
| (A) La Ley N° 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud | 69 |

| | |
|---|------------|
| (B) La Ley N° 18.933 Crea Superintendencia de ISAPRE, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el D.F.L. N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud | 70 |
| (C) El Decreto Ley N° 2.763 de 1979, reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, FONASA, Instituto de Salud Pública y Central Nacional de Abastecimiento | 70 |
| 9.- Responsabilidad en Materia Sanitaria | 70 |
| (A) Disposiciones Generales | 70 |
| (B) La Mediación | 71 |
| | |
| CONCLUSIONES | 73 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | iii |
| | |
| INDICE GENERAL DE LA MEMORIA | vii |