

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN TRES PROYECTOS DE LEY, REFUNDIDOS, QUE SUSPENDEN LA FACULTAD DE LAS ISAPRES PARA ADECUAR LOS PLANES DE SALUD DURANTE LA SITUACIÓN QUE INDICA.

BOLETINES N°s. 13.502-11, 13.503-11 y 13.504-11.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y reglamentario, tres proyectos referidos al tema anteriormente individualizado, iniciados en moción de los siguientes diputados:

- El primero, suspende durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe motivado por la pandemia de Covid-19, la facultad de las isapres de modificar el precio base de los planes de salud en términos más onerosos para sus afiliados (boletín N°13.502-11).
De los diputados Florcita Alarcón, Boris Barrera, Andrés Celis, Renato Garín, Tomás Hirsch, Ximena Ossandon, Patricio Rosas y Raul Soto.
- El segundo, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para suspender durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe motivado por la pandemia de Covid-19, la facultad de las isapres de poner término, modificar o aumentar unilateralmente el precio de los planes de salud de sus afiliados (boletín N°13.503-11).
De los diputados Gabriel Boric, Diego Ibáñez, Gonzalo Winter y Gael Yeomans.
- El tercero, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para prohibir a las isapres modificar los contratos de salud o aumentar su precio, en perjuicio de sus afiliados, durante una epidemia o pandemia, o alerta sanitaria declarada por la autoridad (boletín N°13.504-11).
Del diputado Miguel Crispi.

Se hace presente que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 A de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, **la Sala de la Corporación autorizó refundir los tres proyectos, a propuesta de la Comisión**, con fecha 19 de mayo de 2020.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental de ambos proyectos es prohibir que las isapres puedan subir el valor de los precios de los planes, o modificar o poner término unilateral a los contratos de salud que mantienen con sus afiliados, durante los periodos de epidemia o pandemia.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

No hay.

3) Normas que requieran trámite de Hacienda.

No hay.

4) Los proyectos refundidos fueron aprobados, en general, por la mayoría absoluta de los miembros presentes de la Comisión (9 votos a favor y 2 abstenciones).

Votaron a favor los diputados y diputadas Cariola, Juan Luis Castro, Ricardo Celis, Andrés Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Ossandon y Torres.

Se abstuvieron los diputados Bellolio y Macaya.

5) Diputado informante: señor Miguel Crispi Serrano.

I.- ANTECEDENTES.

- **Fundamentos de los proyectos de ley contenidos en las mociones.**

En términos generales, los tres proyectos cuya refundición se acordó, exponen dentro de sus fundamentos que, atendidas las condiciones de extrema necesidad tanto en el ámbito de la salubridad como en el ámbito económico y financiero que atraviesa el país producto de la pandemia originada por el virus Covid-19, existe la necesidad imperiosa de establecer ciertas normas extraordinarias y especiales que permitan a la población solventar los gastos necesarios para su supervivencia y costeo de las necesidades básicas, dentro de las que obviamente se encuentra el acceso a las prestaciones de salud.

En ese entendido, y teniendo presente que las Isapres, por ley, están facultadas para adecuar sus planes de salud en forma periódica, se hace necesario dictar una ley que permita suspender la aplicación de las normas legales que entregan dicha facultad, con la finalidad de suspender su aplicación durante el tiempo que dure el estado de alerta sanitaria por epidemia o pandemia.

Dos de los proyectos refundidos proponen que esta suspensión tuviera lugar con ocasión de la declaración del estado de excepción constitucional de catástrofe que comenzó a regir el pasado 18 de marzo de 2020, y uno de ellos, propone modificar la legislación vigente en la materia de manera permanente, en el sentido que cada vez que se decreta un estado de alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia, las isapres se vean impedidas de aumentar los precios de sus planes.

Se señala que resulta imperioso mantener las condiciones económicas y de salud pública necesarias que permitan el mayor grado de protección para todos los habitantes, siendo una de ellas, que se logre disminuir el impacto económico que supone para los afiliados del sistema privado de salud (a través de las Isapres) soportar el alza anual de precios de sus respectivos planes de salud.

El espíritu de estos proyectos de ley se funda en el temor a que las personas no reciban una atención oportuna y continua de las prestaciones de salud, pues bajo la amenaza de virus Covid-19 la negación de una prestación o su excesivo costo supone privar un derecho fundamental tan importante como la salud y, a su vez, produce un daño irreparable que compromete la vida de las personas y la dignidad de sus familias. En consecuencia, frente a una pandemia no es aceptable bajo ningún pretexto la terminación unilateral de los contratos de salud por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), o el alza excesiva de los precios de los planes de salud asociados a enfermedades preexistentes o edad avanzada, siendo especialmente discriminatorio y lesivo con grupos de riesgo a causa de una enfermedad respiratoria emergente como el COVID-19.

Además, se debe impedir que las Instituciones de Salud Previsional den término unilateral a los contratos de salud con sus usuarios, para evitar una sobrecarga mayor ante la eventual saturación del sistema de salud público a consecuencia de la pandemia de coronavirus (COVID-19). En ese sentido, y de manera excepcional se deben

suspender y prohibir temporalmente las causales de término del contrato de salud de un usuario en los términos previstos por la ley vigente.

Se debe garantizar el acceso a la cobertura de la salud privada en aquellos casos de usuarios que pertenecen a ella, para no poner en riesgo que parte de la población pueda sufrir los efectos adversos de la pandemia por COVID-19, tanto por la propagación del virus como la saturación del sistema de salud público.

- **Normas legales que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

El artículo 19, N° 9 de la Constitución Política del Estado, que garantiza el derecho a la protección de la salud.¹

El artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud², que en su parte pertinente, permite revisar anualmente los

¹ El artículo 19, N° 9 dispone que: “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 corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del 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 éste estatal o privado;”.

² “Artículo 197.- Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 189 de esta ley, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por incumplimiento de las obligaciones contractuales o por mutuo acuerdo. Con todo, la Institución deberá ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de esta Ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación si esta es requerida por el afiliado.

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de esta Ley. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.

Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas en el inciso tercero, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 de esta Ley. Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.

Los beneficios contemplados para un mes estarán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior cualquiera sea la época en que la Institución perciba efectivamente la cotización. En el caso de los trabajadores independientes del artículo 89 del decreto ley N° 3.500, de 1980, los beneficios contemplados para el período comprendido entre el día 1 de julio del año en que se pagaron las cotizaciones y el día 30 de junio del año siguiente a dicho pago estarán financiados por las cotizaciones a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del decreto ley N° 3.500, de 1980, las que se pagarán anualmente de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 92 F del citado decreto ley.

contratos de salud, pudiendo modificar el precio base del plan, con ciertas limitaciones que la misma ley prevé.

II.- ESTRUCTURA DE LOS PROYECTOS.

- Boletín N° 13.502-11

Está estructurado en base a un artículo único, del siguiente tenor:

“Artículo Único.-

Suspéndase, durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, declarado por decreto supremo N° 104, de 18 de marzo de 2020, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y el tiempo en que este sea prorrogado, si fuera el caso, y durante los 180 días siguientes a la cesación de este período, la facultad conferida a las Isapres por el inciso tercero del artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005, para adecuar los planes de salud de sus afiliados en términos más onerosos que los que se encontraren vigentes al día 18 de marzo de 2020.

En caso de haberse ejercido dicha facultad entre el 18 de marzo y la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, las alzas comunicadas se entenderán dejadas sin efecto de pleno derecho, debiendo la Isapre reembolsar al cotizante lo pagado en exceso en un plazo no superior a treinta días corridos.”.

- Boletín N° 13.503-11.-

Está estructurado en base a un artículo único, del siguiente tenor:

“Artículo único: Incorpórese un nuevo artículo 7° transitorio en el decreto con fuerza de ley N°1, del Ministerio de Salud, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, que sea del siguiente tenor:

“Artículo 7°.- Decretado por el Gobierno el estado de catástrofe por la pandemia del COVID 19, y durante la totalidad de su vigencia, las Instituciones de Salud Previsional no podrán poner término al contrato de salud en aplicación de los numerales 1 y 2 del artículo 201, ni podrán realizar una modificación unilateral de los planes de salud como tampoco aumentar los precios de ellos que han pactados con los afiliados.”

En el evento que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

Las Instituciones podrán en casos calificados solicitar a las comisiones que establece el artículo 11 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, o a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, según corresponda, la declaración de invalidez del cotizante. Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones a que se refiere el citado artículo 11, las instituciones deberán financiar la totalidad de los gastos que demande esa solicitud, tales como exámenes de especialidad, análisis, informes y gastos de traslado del cotizante.

No se considerará incumplimiento del contrato por parte del afiliado, el hecho de no haberse enterado por su empleador o por la entidad pagadora de la pensión, en su caso, las cotizaciones de salud pactadas y será obligación de la ISAPRE comunicar esta situación al afiliado dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

Igual plazo tendrá la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, respecto de sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios.

El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 220 de esta Ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multa.”.

- Boletín N° 13.504-11.-

Está estructurado en base a dos artículos, del siguiente tenor:

“Artículo 1º- Al DFL 1, de Salud, de 2005, agréguese un nuevo artículo 197 bis del siguiente tenor:

“Las instituciones de salud previsional no podrán aumentar el precio de los planes de salud o limitar o disminuir las prestaciones y beneficios de salud durante una epidemia o pandemia, o alerta sanitaria declarada por la autoridad”

Artículo 2º- Agréguese la siguiente disposición transitoria:

“Artículo primero.- si en el momento de la entrada en vigencia de esta ley las instituciones de salud previsional han notificado alzas de precios en los planes de salud, estas no tendrán efecto durante la alerta sanitaria, epidemia o pandemia decretada por la autoridad sanitaria respectiva”.”.

III.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

a) Discusión y votación general.

- **Exposición de autoridades y especialistas.**

1) El Superintendente de Salud, señor Patricio Fernández Pérez, inició su exposición manifestando que, a su parecer, el proyecto se aboca a materias de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República, por cuanto se trata de materias de seguridad social.

Sin perjuicio de lo anterior, destacó que ya se tiene una postergación en el alza del precio de los planes de salud de las isapres, fruto de un acuerdo del Presidente de la República con esas entidades, hasta el mes de noviembre de este año (2020). Ello ha sido regulado por la Intendencia de Fondos, exigiendo a las isapres, entre otras materias, el detalle de cómo se informaría esta situación a los cotizantes.

De igual manera, estimó que la propuesta refundida escaparía al espíritu general en discusión, al habilitar su procedencia para los casos de alerta sanitaria, y no acotarla para el período de estado de excepción constitucional. Lo anterior, pues mientras la pandemia y el estado de excepción constitucional de catástrofe están vinculados, las alertas sanitarias se pueden declarar por múltiples razones, lo que podría hacer la regulación más gravosa hacia los afiliados.

A su vez, la legislación referida en el texto de los proyectos refundidos, si bien alude a las causales de término unilateral del contrato, dejaría a salvo otros aspectos, lo que podría generar problemas prácticos y judicialización del sistema, tales como volver eventualmente inaplicable las restricciones de cobertura.

Finalmente, consideró que si el proyecto de reforma al sistema de isapres, actualmente en segundo trámite constitucional en el Senado, hubiese avanzado y se encontrara aprobado, habría mejores noticias en este tipo de materias. A vía ejemplar, la creación del indicador referencial y del panel de expertos serían procedimientos que servirían para impedir el alza de precios en los contratos de salud en eventos de pandemia.

2) La directora ejecutiva de la Fundación Politopedia, señora Victoria Beaumont Hewitt, comenzó manifestando que para abordar esta discusión cabe preguntarse si el país cuenta con un procedimiento constitucional eficaz para abordar una crisis de la magnitud que la pandemia ha significado, si el gobierno ha hecho uso de todo lo que ese procedimiento permite tratándose de las isapres, y si las isapres son instituciones de la seguridad social y, por lo tanto, sus modificaciones son de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República.

Al respecto, y sin perjuicio de estimar que estas iniciativas podrían situarse en aquellas que persiguen la contención de precios, en virtud de las cuales se persigue evitar su manipulación y la mantención de los abastecimientos, en cuanto al aspecto de constitucionalidad destacó que el Senado declaró inadmisibles una moción que en términos similares se abocó a esta materia, y ese antecedente no debe ser obviado en esta discusión.

En cuanto al texto refundido en discusión, entendiéndose que se pretende mantener la protección financiera de salud en momentos de profunda crisis económica, recordó que las alertas sanitarias no necesariamente son nacionales, sino que pueden acotarse a ciertos lugares del país. En tal sentido, disponer una respuesta general a una situación que puede ser particular puede rigidizar, negativamente, las medidas en momentos en que precisamente requieren flexibilidad, en que se requiere estar evaluando permanente su efectividad. Por ello, estimó pertinente acotar el supuesto que habilita a la adopción de la medida propuesta por estas iniciativas refundidas, al supuesto de vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe por covid-19.

Sin embargo, se ha planteado extender esta legislación especial hasta 180 días después de la vigencia de este periodo de excepción, y para ello estimó que es necesario considerar el gasto Covid-19 esperado en esta pandemia, la menor recaudación que tendrán las isapres fruto de desafiliaciones voluntarias, y la menor siniestralidad ocurrida por el cambio en el conjunto de prestaciones.

En cuanto al gasto previsto, y entendiéndose que 1 de cada 4 personas está afiliada a una isapre, si se proyecta 300.000 contagiados, alrededor de 75.000 corresponderían a personas que tienen cobertura de isapre. A su vez, debido a la crisis económica se ha proyectado una menor recaudación por desafiliación voluntaria ascendente a un 10%.

Esos antecedentes, unidos a la menor siniestralidad y al cambio en el conjunto de prestaciones permitirían proyectar el siguiente estado de resultado (EERR) en materia de isapre, donde las cifras en rojo son los montos que no se recaudarían:

	EERR 2019	EERR 2020	Covid-19	Boletín 13502-11	Boletín 13503-11	EERR Estimado
Ingresos	2.984.758	2.686.282		(91.014)		2.595.268
Costos de Salud	(2.676.175)	(2.408.557)	(322.948)	0	(98.611) ✓	(2.389.260)
Prestaciones de Salud	(2.063.575)	(1.857.218)	(190.125)		(74.480)	(1.750.790)
SIL	(612.600)	(551.340)	(132.823)		(24.131)	(638.470)
Ganancia Bruta	308.583	277.725	(322.948)	(91.014)	(98.611) ✓	206.008
Gastos Administración	342.778	342.778				342.778
Ganancia Operacional	(34.195)	(65.053)	(322.948)	(91.014)	(98.611) ✓	(136.770)
Ganancia No Operacional	49.172	52.122				52.122
Ganancia a/Impuestos	14.977	(12.931)	(322.948)	(91.014)	(98.611)	(84.648)
Impuestos	(4.564) ✓	3.941			✓	25.798
Ganancia	10.412	(8.990)	(322.948)	(91.014)	(98.611)	(58.850)
Casos		300.000				

Con todo, hizo presente que hay información que sólo puede ser modelada, pues no ha sido informada por parte de la Superintendencia de Salud y que serviría para afinar los supuestos, tales como la cantidad de personas que se desafiliaron de isapre y se afiliaron a Fonasa, cuántos afiliados a isapres han sido acogidos a la ley de protección del empleo, o se han acogido a sistemas de protección propios de las isapres en caso de cesantía, que puede otorgar cobertura por dos o tres meses.

En tal sentido, y en base a la modelación formulada, estimó que el costo de esta medida oscila entre \$60.000 a \$98.611 millones. Visto eso, consideró que si bien puede haber espacio para generar estrategias de protección financiera, las propuestas en discusión hacen difícil mantener la viabilidad financiera de las empresas, exponiéndolas a incumplimiento de sus obligaciones.

Por ello, y dado que es plausible estimar que el ahorro en que están incurriendo actualmente las isapres por el no pago de prestaciones no covid-19, se transformarían en mayor gasto para el momento en que esas prestaciones puedan ejecutarse, estimó que la Superintendencia de Salud es el actor llamado a generar un acuerdo con los diversos actores a fin de atender los intereses involucrados, y los desafíos que esta pandemia genera.

En respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, la Directora Ejecutiva de la Fundación Politopedia, señora Victoria Beaumont Hewitt, manifestó que el escenario post pandemia covid-19 aun no se puede dimensionar. Con esto quiere decir que es una obligación de las isapres otorgar una cobertura integral en prestaciones por esa patología, incluyendo desde la recuperación hasta la rehabilitación, pero también de las demás patologías que han disminuido sus atenciones durante la pandemia y que se reanudarán e incrementarán una vez cesada, debiendo para ello generar un espacio que financie ese escenario.

Por eso, estimó, que el desafío es lograr un espacio adicional de protección financiera hacia los cotizantes de las isapres, y no abocarse a cuidar las utilidades de las mismas, pero asegurando su viabilidad financiera para ese escenario que no se ha podido proyectar.

Al respecto, destacó que si bien las isapres estaban generando ahorros por el no otorgamiento de prestaciones no Covid-19 durante la pandemia, ni siquiera se tiene certidumbre de los costos en que se ha incurrido por la pandemia dado que las clínicas demoran en sus procesos de facturación.

Asimismo, que el tiempo en que se ha vivido esta excepcionalidad ha sido más largo del previsto, lo que puede importar que las personas han agotado los plazos de cobertura por cesantía en sus planes de salud, y dada tal situación comiencen a migrar a Fonasa, lo que podría afectar en este momento a quienes tienen menos recursos y se atienden en ese sistema.

De igual manera, pareciera que la cantidad de personas contagiadas es superior a la proyectada al momento en que el gobierno acordó con las isapres que no hubiera alza de precio en los planes de salud hasta fines de año. De igual manera, Visto todo lo anterior, y considerando que las isapres deberían tener un mayor compromiso con sus afiliados, aumentando el plazo de cobertura en caso de cesantía y prestaciones costo cero en materia de exámenes por covid-19, es que propone que el acuerdo alcanzado entre el gobierno y las isapres se mantenga vigente hasta, al menos, marzo de 2021.

3) El Gerente General de la Asociación de Isapres, señor Gonzalo Simon Bustos, quien sin perjuicio de estimar que el proyecto es inadmisibles tal como esta planteado, manifestó que este proyecto puede tener importantes efectos en el funcionamiento del sistema de Isapres, instituciones que se encuentran estrictamente reguladas en el DFL N°1/2005 Salud, que contiene la estructura base del funcionamiento del Sistema de Salud (artículos 170 al 232), y que cuentan con un objetivo único, consistente en el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin.

En tal sentido, la Isapre es una institución que no puede realizar actividades distintas a esa, y por ello el contrato de salud posee la naturaleza de institución de seguridad social y no de contrato de seguro privado, pues participan en el proceso que infunde eficacia al derecho a la salud y a la seguridad social, conforme lo ha señalado el Tribunal Constitucional.

En tanto partícipes del régimen de seguridad social otorgan los beneficios o prestaciones que dispone la ley de modo común para el sector público y privado de salud, no están habilitadas para crear otro tipo de beneficios. Dichos beneficios abarcan, entre otros, la cobertura en las Garantías Explícitas en Salud (GES), el plan de Salud Complementario, el examen de Medicina Preventiva según lo determine el Ministerio de Salud, el pago de subsidios por incapacidad laboral, las prestaciones de la ley Ricarte Soto, y ley de urgencia.

En cuanto a los ingresos de las Isapres, refirió que el 72,5% corresponde a la cotización legal de los afiliados, y el 27% a la cotización adicional voluntaria, correspondiendo sólo al 0,5% a otro tipo de ingresos, y en todo caso no tienen aporte fiscal.

Visto lo anterior, este proyecto tiene un efecto en los recursos totales disponibles para el otorgamiento de prestaciones, pues en cuanto a crecimiento de gastos en salud y eficiencia, la contención de costos no impide su crecimiento por sobre el IPC. Ello, pues la decisión de otorgar prestaciones de salud se origina en la atención médica, conforme las necesidades de cada paciente, y ante esa realidad, las Isapres buscan costo/eficiencia por medio de la contratación de paquetes y atención Ges por canasta, entre otros aspectos, cuando ello es posible.

Así, si bien se han efectuado esfuerzos importantes en reducción de los gastos de administración y ventas, el crecimiento del gasto en salud tiene dos causas externas que pueden ser el resultado del propio éxito del funcionamiento de los sistemas de salud, el mayor envejecimiento poblacional y las nuevas tecnologías.

Al respecto, hizo presente que esa situación es propia de los países que se van desarrollando, no hay país que haya logrado que los gastos en salud vayan creciendo con normalidad, y para el caso nacional si bien el Ges introdujo protocolos útiles, esos procedimientos aún no son capaces de frenar el crecimiento de los costos.

En cuanto a los resultados financieros, manifestó que 2019 fue de pérdida operacional, con una utilidad equivalente a 0,3% de los ingresos y a \$240 pesos de utilidad mensual por beneficiario, donde 3 de las 6 isapres tuvieron pérdidas, según dio cuenta en el siguiente cuadro:

Resultados Financieros Isapres Abiertas Enero-Diciembre 2019		
	MM\$	% Ingresos
Ingresos	2.859.001	100,0%
Costos de Beneficios	2.554.186	89,3%
<i>Costos por Prestaciones de Salud</i>	<i>1.957.622</i>	<i>68,5%</i>
<i>Subsidio por Incapacidad Laboral</i>	<i>596.565</i>	<i>20,9%</i>
Gastos de Administración	(329.827)	-11,5%
Resultado Operacional	(25.013)	-0,9%
Resultado No Operacional	38.923	1,4%
Impuestos	(4.445)	-0,2%
Ganancia (Pérdida)	9.465	0,3%

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a FEFI presentadas por Isapres.

Así, casi el 90% de los ingresos de las Isapres se destinaron al pago de prestaciones de salud y de subsidios por incapacidad laboral, y dado que el 11,5% de los ingresos se destinaron a pago de gastos de administración, fue el resultado no operacional -venta de activos-, el que equilibró la operación. Por esas cifras, el nivel de riesgo de las Isapres es elevado.

Con todo, el escenario de bajos márgenes de utilidad ha sido permanente durante los últimos años, según dio cuenta en el siguiente cuadro:

ESTADOS FINANCIEROS ISAPRES ABIERTAS					
	2015	2016	2017	2018	2019
Utilidad (MM\$)	24.990	(47.013)	33.078	63.135	9.465
Utilidad mensual por beneficiario (\$)	628	(1.175)	835	1.587	236
Utilidad sobre Ingresos (%)	1,2%	-2,0%	1,3%	2,4%	0,3%

Fuente: Elaboración en base a estadísticas financieras Superintendencia de Salud.

En cuanto a los costos incurridos durante este año, manifestó que la información sólo está consolidada hasta marzo de 2020, la que sin embargo muestra incrementos en relación al año anterior, según dio cuenta con el siguiente cuadro:

Costos de Salud Enero a Marzo 2020				
	MM\$		Variación	
	2020	2019	%	MM\$
Costos de Salud (Beneficios)	\$646.914	\$603.848	7,1%	\$43.065
Costos por Prestaciones de Salud	\$485.239	\$470.969	3,0%	\$14.270
Subsidio por Incapacidad Laboral	\$161.675	\$132.879	21,7%	\$28.796

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a FEFI presentadas por Isapres.

Al respecto, refirió que se ha manifestado en diversas oportunidades que la pandemia está provocando una disminución en los costos de las Isapres. Al respecto, estimó que es probable que ello suceda, pero al menos de la lectura de la información relativa al primer trimestre del año no se registra ni aparece ninguna modificación respecto a una eventual disminución en los costos.

En tal sentido, el 2020 se ve con incertidumbre, pues si bien las Isapre trabajan en un medio que es de riesgo, donde hay un grado de dificultad para predecir con absoluta previsión, sí es posible establecer dentro de ciertos rangos los eventos futuros que se van a enfrentar, y de esa manera tomar las medidas necesarias.

Sin embargo, hoy la incertidumbre hace muy difícil proyectar qué es lo que va a suceder en el futuro, cuáles sus efectos, o cuál será el impacto de la complejidad de las nuevas prestaciones.

En cuanto a cifras, por la pandemia Covid-19 sólo entre abril y mayo se estima un gasto por \$20 mil millones de pesos, el que seguirá aumentando, teniendo presente que se han prestado 623.000 consultas médicas, 23.000 de las cuales se hicieron mediante video consultas. A ello debe agregarse la realización de exámenes de detección del virus -que tienen 100% de cobertura tratándose de prestadores en red-, la cobertura hospitalaria en caso de ser necesario, y que a junio se han desembolsado \$34 mil millones por licencias médicas Covid-19, gasto que seguirá aumentando de manera relevante.

Además, las atenciones de urgencia de alta complejidad se han seguido realizando, y en el caso de las atenciones hospitalarias, procedimientos, cirugías ambulatorias y los exámenes de diagnóstico ambulatorios de alta complejidad, se postergarán, pero se realizarán.

Visto todo lo anterior y abocándose al proyecto de ley, manifestó que en cuanto al efecto sobre los cotizantes, la suspensión de un proceso de adecuación de precio significa un ahorro mensual promedio de \$3.000 por beneficiario, y dado que el proceso vigente se aplica según anualidad, hoy postergada hasta diciembre, su efecto será principalmente el 2021, probablemente después de la pandemia.

En cuanto a los efectos generales sobre el sistema, manifestó que el resultado operacional está ajustado, y este congelamiento arriesga el equilibrio financiero futuro del sistema. Sobre todo, si la pandemia y sus efectos sobre el sistema están en desarrollo, por lo que su efecto sobre gastos e ingresos se verá reflejado desde el presente y posiblemente hasta el año 2022.

En aspectos específicos del texto en discusión, consideró que la extensión de esta medida debiese acotarse al periodo de catástrofe, originado por actual pandemia. Además, extender la medida en 180 días se traduciría en que, durante los próximos 6 meses posteriores a la pandemia las Isapre tampoco podrán enviar la carta de adecuación y con ello la medida tendrá una duración de casi un año posterior al término de la situación especial, pues el proceso de adecuación se inicia tres meses antes de cumplirse la anualidad contractual, y se ejecuta dos meses después de ello.

En cuanto a la suspensión de la adecuación, las isapres tienen un contrato vigente con sus cotizantes que contiene beneficios específicos que se mantienen. En tal sentido, entiende que el suspender no significa eliminar la adecuación, sino que es diferir, razón por la cual, en la práctica se debe redactar claramente que se postergará el cobro de las alzas durante el periodo que se determine.

En cuanto al congelamiento de los contratos, recordó que los contratos de salud son de tiempo indefinido para la Isapre, y sólo puede ponerseles término en aquellos casos contemplados en la ley, tales como cuando se ha falseado información de manera dolosa (artículo 201 N°1), se ha obtenido beneficios de manera indebida (artículo 201 N°3) y se han omitido cargas legales (artículo 201 N°4). En tal sentido, impedir poner término a los contratos en aquellos casos fomenta el ejercicio de estas conductas, lo que no guarda relación con la pandemia.

Frente a esa situación, el sistema privado de salud debe contar con una reforma orgánica que permita acceder a un plan de salud universal, con coberturas definidas, libre movilidad eliminando las preexistencias, no siendo adecuado avanzar en modificaciones aisladas, que no abordan el sistema en general.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, manifestó que la información sobre gasto efectuados por las Isapre en atenciones de salud está desfasada, pero lo que se debiese esperar a que en abril, mayo y junio exista una menor cantidad de atenciones, principalmente debido a postergaciones y atenciones ambulatorias de baja complejidad. Esa información, correspondiente al segundo trimestre del año, que debiese estar prontamente, será un dato real y efectivo para iluminar la situación.

En cuanto a la judicialización por alzas de cotización, manifestó que la cantidad de causas ingresadas en cortes de apelaciones sigue al alza en la misma tasa anual, cercana al 30%, situación que no ha sido alterada por la pandemia, y las costas que se han pagado son cercanas a \$40 mil millones. Estimó que la judicialización es un tema que debe ser abordado y buscarle una solución, dando más transparencia a los cotizantes, a los tribunales y al público en general respecto a las razones de las alzas.

En cuanto a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) y su aplicación automática ante tales eventos, manifestó que esa cobertura ha dado excelentes resultados, pero es la persona quien debe tomar una decisión de forma previa a hospitalizarse, sobre si le conviene o no acogerse a ella, salvo que se trate de una urgencia. Ello, pues tratándose de una atención programada, sólo él tiene la información suficiente para saber si le conviene acogerse a una modalidad libre elección, CAEC o prestador preferente.

4) El doctor en economía de la salud, señor Ricardo Bitrán, de Bitrán y Asociados, quien comenzó manifestando que en 2019 todas las isapres abiertas, excepto VidaTres, tuvieron utilidades mínimas o pérdidas operacionales, según dio cuenta en el siguiente cuadro:

isapre	Utilidad/pérdida (MM\$ de cada año)	Utilidad como % ingresos operacionales
Colmena Golden Cross	-384	-0,06
Cruz Blanca	748	0,11
Vida Tres	8.827	5,22
Nueva MasVida	-253	-0,09
Banmédica	1.046	0,18
Consalud	-519	-0,10
Total	9.465	0,33

En tal sentido, mientras a fines de 2019 la mayoría de las Isapres operaban al borde de la quiebra, sólo VidaTres presentaba rentabilidad comparable a las demás áreas de la economía (commodities, retail, servicios, consumo, bancos).

Teniendo eso presente, refirió que la racionalidad tras el pago de un seguro de salud es que a cambio de un pago cierto, conocido y regular hoy, se obtienen beneficios o reembolsos por problemas de salud imprevistos mañana. Así, debe haber un equilibrio entre primas pagadas en el presente y los reembolsos por atenciones médicas del futuro, por lo que la prima debe ser siempre suficiente para el reembolso en el futuro, pues si ese equilibrio se rompe, el seguro quiebra; por ello, las modificaciones a las primas hoy pueden interferir con la capacidad de las Isapre para enfrentar sus gastos futuros, especialmente dadas las consecuencias médicas del Covid-19.

Abocándose a las consecuencias que debiera producir la pandemia en la salud de los beneficiarios de Isapres, en el futuro cercano y en el largo plazo, estimó que quienes han sido infectados podrían tener como consecuencia diversas secuelas médicas, que serán de cargo de las Isapres. Asimismo, la población en general, pero en

particular las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) pueden estar desatendiendo su salud durante la pandemia, muchos problemas agudos, como los accidentes cerebrovasculares, que requieren de diagnóstico y tratamiento inmediato, no están siendo detectados ni tratados, y los exámenes preventivos del adulto, por ejemplo, los exámenes ginecológicos y de prevención del cáncer en la mujer, y otros exámenes en hombres, no se están efectuando. Por ende, no hay pesquisa temprana ni tratamiento oportuno.

A su vez, en cuanto a riesgos relacionados con la prevención y el control de las ENT durante la pandemia Covid-19, hizo presente que ante las medidas de contención como distanciamiento físico y cierres o restricciones de servicios públicos e instituciones, podía ocurrir lo siguiente:

Situación durante el Covid-19	Consecuencias en el estado de salud
Tiempo alargado en el interior del hogar	La reducción de la actividad física y el aumento de la presión sobre la salud mental podrían dar lugar a un mayor consumo de alimentos poco saludables y al uso nocivo del tabaco y el alcohol.
Miembros de la familia en casa	Riesgo de mayor contacto con los miembros más jóvenes de la familia en el hogar.
Acceso inadecuado a los medicamentos	Escasez de medicamentos esenciales como insulina y otros medicamentos específicos para las ENT.
Transporte y otros servicios restringidos	Restricciones de transporte y apoyo familiar para la atención continuada de las ENT.

De igual manera, ya en la etapa de control de la infección de Covid-19:

Situación durante el Covid-19	Consecuencias en el estado de salud
Detección precoz y pruebas de laboratorio	Aquellos pacientes con ENT para los que las visitas a centros de salud son esenciales podrían estar en mayor riesgo de exponerse a COVID-19.
Rastreo de contactos	Los pacientes con ENT podrían no ser conscientes de los riesgos adicionales que enfrentan.
Pruebas exhaustivas	Los pacientes con ENT pueden estar menos motivados o ser menos capaces de buscar activamente sus tests de Covid-19 (de una manera segura y físicamente a distancia).
Entornos de atención médica (control de infecciones)	Los pacientes con ENT con comorbilidades tienen un mayor riesgo de infección; el personal sanitario que trabaja en clínicas de ENT también corre un mayor riesgo de infección.

Al respecto, manifestó que en una encuesta de 1 de junio pasado, aplicada en 155 países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó que el Covid-19 afecta significativamente a los servicios de salud en materia de enfermedades no transmisibles, pues su prevención y tratamiento está gravemente interrumpido desde el inicio de pandemia, y si bien el impacto es global, los países de bajos ingresos son los más afectados.

En tal sentido, y en palabras del doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS: 'Muchas personas que necesitan tratamiento para enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, no han estado recibiendo los servicios de salud y los medicamentos que necesitan desde que

comenzó la pandemia Covid-19. Es vital que los países encuentren formas innovadoras de garantizar que los servicios esenciales para las ENT continúen, incluso mientras luchan contra el Covid-19.’.

Al desarrollar la principal conclusión de dicha encuesta, que estimó coherente con las recomendaciones iniciales de la OMS sobre minimizar la atención no urgente basada en las instalaciones y, al mismo tiempo, abordar la pandemia, manifestó que las siguientes atenciones de salud han sido parcial o totalmente interrumpidas por el Covid-19 en muchos países: 53% de la hipertensión, 49% de la diabetes y sus complicaciones, 42% tratamiento oncológico, 31% emergencias cardiovasculares, 63% de interrupción en servicios de rehabilitación, aun cuando es clave para una recuperación saludable tras una enfermedad grave por Covid-19, y 50% de aplazamiento en los programas públicos de detección, por ejemplo, para el cáncer de mama y de cuello uterino.

Al respecto destacó, particularmente, las consecuencias médicas del atraso de 3 meses o más en la pesquisa del cáncer de mama, pues un atraso tan breve como 3 meses en el diagnóstico de ese cáncer aumenta de manera importante la probabilidad de que la paciente tenga metástasis en el futuro y, por ende, que vea su sobrevivencia reducida.

En tal sentido, si bien hizo presente que hay limitada evidencia sobre los efectos a largo plazo de Covid-19, nueva evidencia emerge todos los días, ya sea en materia de coagulación de la sangre, accidentes cerebrovasculares y embolias, daño cardíaco, daño pulmonar y síntomas neurológicos. Así, en EEUU con la pandemia y las cuarentenas hubo una caída dramática en la cantidad de personas que se sometieron a exámenes imagenológicos para pesquisar accidentes cerebrovasculares, cuyas consecuencias en la salud futura de muchos individuos podrían ser considerables, y explica que en ese país los seguros de salud estén rehaciendo sus cálculos actuariales para enfrentar el enorme gasto futuro que importará la postergación de gastos por la pandemia.

Además, recordó que aparte de reembolsar las prestaciones efectivas, las Isapre también deben financiar las licencias médicas. Al respecto, manifestó que la cantidad de licencias médicas de las isapres prácticamente no han variado el primer trimestre de 2020 respecto del mismo período del año anterior, y es previsible que aumentará en el segundo trimestre, lo que importará un mayor gasto para las Isapre.

Por todo lo anterior, a modo de conclusiones, señaló que rebajar o congelar las primas de las isapres hoy es inconsistente con las consecuencias negativas que tendrá la pandemia en el estado de salud en el presente y futuro, pues actualmente el cálculo no genera mayor margen operacional. En tal sentido, lo que se debe esperar es que las primas se adecúen a un mayor valor, a fin de financiar los gastos de las Isapres, que serán más elevados que el ahorro por las prestaciones que actualmente no se otorgan.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, manifestó que no es conceptualmente apropiado atender a cuánto dinero se ha ahorrado la isapre por la menor cantidad de atenciones debido al Covid-19, pues toda la evidencia muestra que lo que no se ha hecho, será un gasto más elevado en el futuro, con mucha más discapacidad y mas muerte.

El ejercicio que hay que hacer, a su juicio, es ver cuánto menos reembolsos se están realizando por atenciones no hechas, y cuánto más se debiera esperar pagar por parte de las Isapres producto de esas atenciones no hechas, pues la gente estará más enferma, y con mayor frecuencia.

Finalmente, concluyó que el gasto en salud siempre crece por sobre la inflación; el gasto en salud durante la pandemia es posible que sea más elevado de lo previsto, y la postergación de atenciones médicas producirá una crisis en los beneficiarios de las Isapre, y se sospecha que también en los usuarios de Fonasa, pues como no se está previniendo en muchos ámbitos, el gasto en curación será mucho más elevado.

A su vez, manifestó que es difícil proyectar cuál será la magnitud del gasto en lo que queda de 2020, y en 2021. Pero si se hiciera un análisis al respecto, lo que habría que hacer es buscar en la evidencia científica cuáles son las consecuencias de un diagnóstico tardío de ciertas enfermedades, por ejemplo, cardiovasculares y oncológicas. A partir de eso se podría calcular la demanda por atenciones curativas en el periodo futuro, considerando que la demanda por esos exámenes preventivos ha caído.

Estudio y discusión sobre la admisibilidad de los proyectos de ley, desde el punto de vista de la iniciativa para presentar proyectos que traten materias como las que abordan estos proyectos de ley.

Se dio un intercambio de opiniones en el seno de la Comisión, en relación a si las materias de que tratan estos proyecto del ley son de aquellas que deben ser de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, en relación al artículo 65 de la Constitución Política, o pueden ser presentadas por diputados o senadores.

Para dirimir dicha discrepancia, y tener mayores antecedentes para su decisión, la Comisión acordó recibir la opinión de cuatro expertos sobre la materia. Para ello, destinó una sesión a escuchar a los profesores Enrique Navarro Beltran, Liliana Galdámez Zelada y Carlos Carmona Santander, y al Secretario General de la Cámara de Diputados, señor Miguel Landeros Perkic. A continuación una síntesis de sus exposiciones:

En primer lugar, expuso el señor Enrique Navarro Beltrán, profesor de Derecho Constitucional, quien comenzó manifestando que exponía no solo como profesor de Derecho Constitucional, sino como presidente de la Asociación Chilena de Derecho de la Salud, que congrega a especialistas en esta materia.

Asimismo, recordó que la iniciativa exclusiva a favor de la Presidencia de la República es una institución de larga data en la historia constitucional chilena. Incluso, en 1926, un año después de la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1925, Hans Kelsen escribió un texto en el que destacó que el presidente chileno tenía más atribuciones que el presidente de los Estados Unidos, y durante el siglo XIX se escribió que era tan poderoso como el rey de Brasil, por lo que cabía llamarlo 'rey sin corona'.

Abocándose a los proyectos de ley, refirió que en conformidad a la evolución de la historia constitucional chilena, era claro que proyectos de ley que aluden a remuneraciones, a la seguridad social o se vinculan con atribuciones de la administración del Estado son de iniciativa presidencial exclusiva, y ese era el caso de estos proyectos.

Lo anterior, pues la regulación de las cotizaciones de los contratos de salud suscritos con las isapres son parte del entramado de la seguridad social. Asimismo, la regulación propuesta sobre valor de las cotizaciones tiene incidencia en las remuneraciones de las personas que han suscrito contratos de salud con las isapres, toda vez que dicho precio es un descuento en dichas remuneraciones, materia de iniciativa presidencial exclusiva. De igual manera, puede estimarse que la fiscalización del cumplimiento de la regulación dispuesta en estos proyectos supone una atribución hacia

la Superintendencia de Salud, órgano de la Administración del Estado, lo que también es materia de iniciativa exclusiva.

Con todo, si bien esas eran razones formales para estimar la inconstitucionalidad de las mociones, en tanto regulan materias que solo podrían ser iniciadas mediante mensaje, había otras razones, o razones de fondo que debían ser tenidas presente al momento de avanzar en estos proyectos.

Así, debía recordarse que, si bien la ley de estados de excepción constitucional no está actualizada, la requisición de bienes se permite en dichos estados de excepción, pero obliga al fisco a indemnizar los perjuicios directos que tal medida puede ocasionar al afectado, y a falta de acuerdo, hay procedimientos de solución.

En tal sentido, se podía plantear cuestión si acaso estos proyectos iban en dicha senda, en tanto se podía plantear que la regulación propuesta es una limitación a la propiedad, y para que ella sea constitucionalmente permitida debe cumplir los requisitos de necesidad, adecuación, razonabilidad y proporcionalidad, tal como se resolvió en los casos sometidos a conocimiento del Tribunal Constitucional sobre franja electoral en los canales de televisión, servidumbres de paso para acceder a las playas, regulación de precios de los contratos eléctricos, o gratuidad del turno de los abogados.

Finalmente, en otra materia, consideró que hace diez años se encuentra pendiente despachar una legislación que solucione los problemas que perviven de la declaración de inconstitucionalidad de la tabla de factores de edad para la determinación de los valores de los planes de salud en las isapres, y que explican parte de los miles de recursos de protección que anualmente se ingresan en las cortes del país.

Terminada su exposición, en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, manifestó que si bien tenía simpatía por los proyectos, lamentablemente en Chile han tenido un exceso de presidencialismo, aspecto en que el texto constitucional vigente persevera. Por ello, y en tanto profesor de Derecho Constitucional, y la democracia también es un proceso de formas, consideró que el proyecto se aboca a materias de seguridad social, por lo que se trata de un proyecto que debe ser iniciado exclusivamente por la Presidencia de la República.

En segundo lugar, expuso la señora Liliana Galdámez Zelada, profesora de Derecho Constitucional, quien comenzó manifestando que si bien conforme al artículo 65 N°6 de la Constitución Política, corresponde a la Presidencia de la República la iniciativa exclusiva para establecer normas de seguridad social o que incidan en ella del sector público o privado, cabía tener presente que el país se encuentra en estado de excepción constitucional, las razones que han fundado dicho estado se relacionan con la pandemia global que afecta al país, que compromete el derecho a la salud, a la vida e integridad personal, y que se expresa en la expansión en el número de personas contagiadas y fallecidas por dicha enfermedad.

Por ello, a partir de la crisis sanitaria se han adoptado un conjunto de medidas para la protección de la salud y derecho a la vida de las chilenas y chilenos, y se han decretado limitaciones a la libertad de locomoción y reunión, que buscan asegurar alguna forma de funcionamiento de la sociedad con medidas de distanciamiento físico, con el objetivo de detener el contagio, que se está produciendo exponencialmente hoy.

De igual manera, la crisis sanitaria ha generado una crisis económica inédita que afecta a muchas familias en el país, que se manifiesta en cesantía,

disminución de salarios y en el surgimiento de ollas comunes-, y para abordarla se han adoptado un conjunto de medidas de ayuda material a favor de las personas.

En tal sentido, se han planteado mociones que persiguen abordar esos problemas. Así, entre otras, se ingresó la moción N°13.378, que dispone la suspensión del cobro de aranceles y derechos de matrícula y similares, por parte de instituciones de educación superior, durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe por calamidad pública, con ocasión de la pandemia de Covid-19, la cual ha avanzado en su tramitación y sobre la cual no se ha planteado que se aboque a materias de iniciativa presidencial exclusiva, a pesar que existe literatura que contempla el derecho a la educación como parte de la seguridad social, y se ingresaron las cuatro mociones a que está abocada la Comisión de Salud.

Estas mociones se hacen cargo por una parte de asegurar el derecho a la salud, en los términos del artículo 19 N°9 de la Constitución Política. Sin embargo, estos proyectos también tienen impacto en la protección del derecho a la vida, ya que es evidente que la crisis sanitaria pone en riesgo la supervivencia de las personas; y con la protección de la integridad física y síquica de las personas, pues es conocida la angustia y enfermedad que la pandemia genera. Inclusive, pueden relacionarse con el artículo 1 de la Constitución, tanto con su inciso primero, que dispone que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y con su inciso final, que dispone el deber estatal de promover el bien común, más aun en el contexto de la pandemia.

Destacó que manifestaba todo lo anterior, pues no se puede abordar la cuestión si no se asume el contexto, las consecuencias y los efectos que tiene esta discusión respecto a otros derechos, y sin perjuicio de estimar que el alcance extravagante que se ha dado en la interpretación constitucional a la regulación de la iniciativa exclusiva da cuenta de la pobreza de nuestro constitucionalismo, de un cesarismo republicano que exacerba la posición de la Presidencia de la República en la institucionalidad nacional, y de un autoritarismo en el proceso de formación de la ley, acotando el asunto a si las mociones se abocan a materias que son de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República, consideró que eso no ocurría en este caso.

Lo anterior, pues si bien es la literatura la que trata de modo integrado el derecho a la salud como parte de la seguridad social, e incluso se ha estimado el derecho a la educación como parte de ella, la Constitución Política vigente ha abordado los derechos sociales de manera desconectada, diferenciada, y por eso dispuso lo relativo a salud en el artículo 19 N°9, y lo relativo a seguridad social en el 19 N°18, a partir del principio de subsidiariedad del Estado, que la doctrina ha entendido que está implícito en el texto constitucional.

Por ello, el centro del debate en este caso tiene vinculación con el derecho a la salud, vida e integridad de las personas, y no con la seguridad social. Dada esa clara separación en la regulación de ambas situaciones, y la conexión entre el derecho a la salud y los derechos a la vida e integridad personal, es que la Cámara de Diputados tiene la posibilidad de iniciar proyectos de ley que vayan en la dirección de asegurar deberes de protección iusfundamentales imposibles de eludir.

Finalmente, estimó que si se aplicaran test de proporcionalidad a la medida propuesta, si existiese una afectación hacia las isapres, en tanto no pudieran ajustar sus planes de salud en este contexto de pandemia colectiva que afecta esos tres derechos fundamentales, deben operar los principios de protección de las personas y de desarrollo progresivo de los derechos, a la luz de los cuales no cabe duda que se puede afirmar que en un sentido estricto la medida propuesta resulta proporcional.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, manifestó que en el contexto de la pandemia, la fuerte presión que la pandemia ejerce sobre ciertos derechos fundamentales, particularmente los derechos a la salud, a la vida y a la integridad personal, genera de alguna manera la necesidad jurídica de que ciertos dispositivos de la Constitución Política tengan un desarrollo acorde al momento que se está viviendo.

Al respecto, consideró que había una cuestión jurídica, pero también ética, en las discusiones atípicas que se están dando bajo ese contexto, tales como el acuerdo entre el gobierno y sectores de la oposición en materia de asegurar ingresos a las familias del país, pues lo que está en juego ahora de modo centralísimo es asegurar el derecho a la salud.

En tal sentido, estas mociones abordan en algún sentido la tensión que se genera en el sistema público de salud por la migración de beneficiarios desde el sistema privado al sistema público de salud, y esa situación tensiona a la propia Constitución Política en materia de iniciativa exclusiva tratándose de materias de seguridad social.

Sin embargo, estas mociones no incurren de ninguna manera en dicha tensión, pues ante la Constitución el derecho a la seguridad social no se relaciona con la garantía al derecho a la salud, y si bien a nivel jurisprudencial se ha avanzado en una interpretación de derecho a la salud como parte de la seguridad social en un sentido de profundizar los deberes de protección del Estado, ello ha sido para asegurarlo en una conexión evidente desde el punto de vista sistémico.

No obstante, esa razón que se ha invocado para profundizar los límites de la protección de la salud no podía ser usada ahora, a través de una interpretación, para inhibir el inicio de una discusión en el Congreso Nacional. Eso, consideró, era hacer un uso contrario al sentido de la razón esgrimida por los tribunales.

En tercer lugar, expuso el señor Carlos Carmona Santander, abogado, quien comenzó precisando que se referiría únicamente a los proyectos de ley refundidos que se abocan al precio de la cotización de los planes de salud de isapres, y no así al proyecto sobre excedentes.

Al respecto, destacó como dato relevante que el Senado, el 8 de abril de 2020, por 21 votos a favor, 18 en contra y 2 abstenciones declaró inadmisibles una moción patrocinada por el senador Quinteros, que se pronunciaba en igual sentido a lo que se discute en este momento, por cuanto se concluyó que esa moción abordaba materias de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República en tanto se abocaba a materias de seguridad social.

Él compartía esa opinión, y discrepaba de aquella que considera que la Constitución Política trata de manera separada la regulación del derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, pues el concepto de seguridad social que tiene la Constitución Política no es múltiple, sino unívoco, es el mismo concepto en las garantías constitucionales y en la regulación de la iniciativa exclusiva.

Ello, pues el concepto de seguridad social es una visión amplia que comprende todas las contingencias que sufre una persona en diversos momentos de su vida, tales como enfermedad, muerte, accidente del trabajo, etc., no habiendo una restricción en la materia como sí, en cambio, existió en la Constitución Política de 1925 cuando fue reformada el año 1970, oportunidad en la que se dispuso una lista de

contingencias. Ese listado fue eliminado por el actual texto constitucional, y ni siquiera dispuso algún criterio de definición, como habría sido si dijera que el sistema se basaría en criterio de riesgo, accidentabilidad, u otro.

Asimismo, la Constitución Política alude en diversas disposiciones a la previsión y a la seguridad social. Por ejemplo, en el artículo 63 numeral 4 dispone que son materias de ley las materias básicas relativas al régimen jurídico previsional y de seguridad social, en el artículo 19 N°7 literal h), que prohíbe la pérdida de los derechos previsionales, y en el artículo 105 se dispone que mediante ley orgánica constitucional se determinarán las reglas básicas referidas a la previsión en las fuerzas armadas y en carabineros.

En tal sentido, cabría preguntarse por qué en algunos casos distingue ambos conceptos y en otros no. Al respecto, estimó que cuando efectúa la distinción, lo previsional abarca todo lo que tenga que ver con la salud y las enfermedades como contingencia, pero cuando no hace tal distinción, dichos conceptos abarcan toda la seguridad social.

En materia jurisprudencial, destacó que el Tribunal Constitucional ha sido claro en considerar que en el concepto de seguridad social se encuentra incluido el derecho a la salud, tal como se manifiesta en sus sentencias roles N°1218, 1287, 1572 y 1710, oportunidades en las que ha resuelto que el contrato de salud posee la naturaleza de institución de seguridad social y de un contrato de seguro privado. Igual ocurre con la jurisprudencia de la Corte Suprema, que sólo a vía ejemplar en las sentencias roles 10686, 10170, 25158 y 33331, todas de 2019, resolvió que entre el derecho a la salud y la seguridad social hay un vínculo indisoluble que no se puede romper.

En regulación internacional, hizo presente que si bien el país no ha suscrito el convenio N°102 de la OIT, el mismo sirve de criterio interpretativo para definir qué comprende la seguridad social. Al respecto, su artículo 7 dispone que la seguridad social comprende la asistencia médica por enfermedad y otras contingencias, y entre otras materias comprende los accidentes del trabajo, las prestaciones por maternidad, por invalidez, de sobrevivencia, esto es, abarca todas las materias. En igual sentido opera la doctrina, que tratan como parte de la seguridad social el derecho a la salud.

Abocándose a aspectos formales, recordó que el nombre de las isapres es institutos de salud previsional, lenguaje que no está desvinculado con el artículo 19 N°18 de la Constitución Política. Asimismo, el propio decreto con fuerza de ley N°1/2005, que regula los contratos de salud dispone distintas expresiones para ese contrato, pero en siete casos, los artículos 170, 188, 197, 198, 202, 219 y 223 expresamente lo denominan contrato de salud previsional. Y por si fuera poco el vínculo, la regla que dispone el 7% que se destina a salud, o la cifra mayor al caso, no está en ese decreto con fuerza de ley, sino en el artículo 92 del decreto ley N°3.500, que crea las administradoras de fondos de pensiones.

De igual manera, el artículo 65 inciso cuarto numero 6 de la Constitución Política es extremadamente amplio, pues dispone que es de iniciativa presidencial modificar las normas sobre seguridad social o que incidan en ella, esto es, no alude a 'materias' sino 'normas', lo que es consistente con que el artículo 19 N°18 no haya listado las contingencias propias de la seguridad social, abarcándolas todas, por lo que sería discrecional restringirlas. Además, utiliza otra expresión compleja, en cuanto a que 'incidan' en la seguridad social, por lo que no es necesario que el asunto aborde directamente materias de seguridad social para que sea de iniciativa exclusiva, sino que

basta que estén vinculadas, estén cercanas, y ello ya sea que se refieran al sector público como al sector privado.

Entonces, dado que esta regulación afecta los contratos de salud, es que queda incluido en la regulación de la iniciativa exclusiva. Ello, pues todo el sistema de salud previsional, y esto no es un juicio de valor sino una descripción, se construye en base a ese contrato. Lo anterior, pues en ese contrato se pueden pactar todas las prestaciones que se estipulen de mutuo acuerdo, y es ahí donde se determina su precio, la cotización que financia ese sistema, a diferencia del sistema público, que se financia con cotizaciones y aportes fiscales.

Así, dado que toda la regulación del contrato de salud queda dentro del ámbito de la seguridad social, la regulación específica destinada al precio del contrato es propia de la seguridad social.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, estimó que hay dos razones adicionales para estimar que estas materias son de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República. La primera, es que la propuesta implica un congelamiento del precio de los planes de las isapres que alguien tiene que fiscalizar, y esa labor es propia de la Superintendencia de Salud. Si bien esa Superintendencia tiene algunas facultades genéricas en su propio estatuto, cuando se trataron los artículos 197 y 198 del DFL1/2005 expresamente se le atribuyó la facultad de fiscalización, pues el legislador entendió que la facultad genérica no era suficiente para el control y revisión de los contratos de salud, y el congelamiento acá propuesto alguien tiene que fiscalizarlo. La segunda, es que esta propuesta altera las bases que sirven para determinar las remuneraciones del sector público.

Era por todas las razones expuestas que estimó que el proyecto era inconstitucional, por cuanto se abocaba a materias que son de iniciativa exclusiva de la Presidencia de la República.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, recordó que la Constitución Política rechaza la idea de invocar circunstancias extraordinarias, tales como pandemias o cualquier otra, para habilitar poderes adicionales a los dispuestos en el sistema jurídico. En tal sentido, las mayores facultades con que ha contado el Ministerio de Salud para actuar durante este período están expresamente dispuestas en el artículo 24 del Código Sanitario.

A su vez, estimó que no era correcto invocar derechos constitucionales para justificar la dación de atribuciones no dispuestas, pues las atribuciones son las que cada uno tiene, y no es consistente con el ordenamiento jurídico plantear que porque existe un derecho se habilita a un órgano a tener una atribución.

De igual manera, en cuanto al por qué la regulación del precio de los contratos de salud es propio de la seguridad social, refirió que en ese contrato se tienen que pactar las prestaciones, beneficios, restricciones de cobertura, exclusiones y el precio. Pero el precio no es un concepto cualquiera, sino que es la cotización en ese sistema, y no hay nada más propio de la seguridad social que la cotización.

Finalmente, manifestó que su apreciación sobre la inadmisibilidad se acotaba a los proyectos de ley refundidos, y no así al que se abocaba a lo relativo a excedentes de cotización. Ello, pues se trata de temas distintos, pues mientras los proyectos refundidos abordan el precio o contraprestación a las obligaciones de las isapres, en el de excedentes la cuestión central es una regulación sobre el derecho de propiedad que tiene el cotizante sobre dichos excedentes, sobre lo cual la moción propone adelantar su entrega.

En cuarto lugar, expuso el Secretario General de la Cámara de Diputados, señor Miguel Landeros Perkic, quien comenzó manifestando que el asunto en discusión es de resorte legal, pues no existe referencia en la Constitución Política al procedimiento de admisibilidad de los proyectos de ley.

A su vez, estimó que debía tener presente que al momento de abordar discusiones sobre admisibilidad de proyectos de ley no se debe lesionar el derecho de la minoría a presentar mociones, pues si se extreman los requisitos la minoría no podrá presentar proyectos toda vez que la mayoría podría declararlos inadmisibles, y frente a una declaratoria de inadmisibilidad no existen recursos de impugnación ante el Tribunal Constitucional. Esa situación es la que explica que la regulación de la iniciativa exclusiva a favor de la Presidencia de la República, por muy presidencialista que sea un sistema, deba interpretarse de manera restrictiva.

Abocándose al proyecto de ley, consideró que en la doctrina y jurisprudencia puede estar zanjado que el derecho a la salud sea parte de la seguridad social, pero el tema en discusión es si en el texto constitucional vigente el derecho a la salud es parte de la seguridad social. Lo anterior, no solo porque están dispuestos en numerales diferentes en el artículo 19, sino por los efectos que ello tiene para la tramitación legislativa tanto en materia de iniciativa, como en los quórum de aprobación.

Al respecto, hizo presente que la práctica constitucional ha interpretado que son cuestiones separadas, y por ello se han admitido a tramitación mociones que se abocan a las instituciones de salud previsional, y toda esa legislación ha sido aprobada con los quórum de ley simple, y no de quórum calificado, que es el quórum pertinente cuando se votan proyectos que se abocan a materias de seguridad social. Así ocurrió con las leyes N° 20.015, y 21.173, y a propósito de esos proyectos nadie impugnó la tramitación por estas materias ante el Tribunal Constitucional.

Finalmente, consideró que todos los gobiernos han incurrido en la jactancia de aludir al tema de la admisibilidad cuanto un tema les incomoda, a pesar de tener la posibilidad de vetar los proyectos de ley o de impugnar la tramitación ante el Tribunal Constitucional, y que sería bueno que se recurriera a ese Tribunal a fin de zanjar estos puntos que nunca han sido discutidos en esa sede.

Terminada su exposición, y en respuesta a las consultas y observaciones de la Comisión, recordó que el Tribunal Constitucional no se declara competente para conocer regulaciones legales o reglamentarias, y el problema que surge es que el procedimiento para declarar una inadmisibilidad es de ese rango, no es constitucional, por lo que si una moción es declarada inadmisibile, el interesado, típicamente la minoría parlamentaria, no podrá impugnar esa decisión ante ese Tribunal.

Con todo, no negaba que el asunto podía generar dudas, y la propia jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha mutado en algunas materias en poco tiempo, y por ello, ante la duda de si una moción es admisible, la práctica en la Cámara de Diputados ha sido estimarla admisible.

Finalmente, a solicitud de diputados miembros de la Comisión **se procedió a votar la admisibilidad de los proyectos de ley en estudio**, en aplicación de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 15 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional. **Votada tal circunstancia, se declaró por mayoría absoluta de**

los diputados presentes, que las mociones objeto de este informe son admisibles (8 votos a favor y 4 en contra).³

Votaron a favor de la admisibilidad las diputadas y diputados Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Labra, Ossandón y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Durán, Gahona y Macaya.

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en las mociones (que se refundieron), y luego de recibir las explicaciones de los representantes del Ministerio de Salud y la opinión de los gremios relacionados con el tema, permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias, la incidencia real que tienen estas modificaciones propuestas, y la necesidad de legislar sobre la materia, tanto desde el ámbito de la salud pública, del bienestar de la población, y para salvar una situación de hecho que está ocurriendo producto de la coyuntura mundial y nacional con ocasión de la pandemia por Covid-19, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por mayoría absoluta de los presentes (9 votos a favor y 2 abstenciones).**

Votaron a favor los diputados y diputadas Cariola, José Luis Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Gahona, Ibáñez, Ossandon, y Torres.

Se abstuvieron los diputados Bellolio y Macaya.

b) Discusión particular.

Artículo único.-

El texto del proyecto refundido tiene por objeto incorporar, en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, el siguiente artículo 197 bis, nuevo:

“Artículo 197 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional estarán impedidas, durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta 180 días siguientes a la cesación de este período, de ejercer las facultades que le confiere el inciso tercero del artículo 197 y el artículo 201 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud. Asimismo estarán impedidas de aumentar el precio de los planes de salud, o de disminuir o limitar sus prestaciones y beneficios.

En caso de que el impedimento señalado en el inciso anterior se extienda por más de un año, las Instituciones de Salud Previsional no podrá acumular el aumento del precio base del plan no efectuado durante ese periodo a la modificación que realicen el año siguiente de acuerdo al inciso tercero del artículo 197.”.

Se presentaron cuatro indicaciones:

1) Del diputado Gahona, para reemplazar en el inciso primero, la frase “una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia” por “un estado de

³ Se deja constancia que el diputado Bellolio hizo reserva de constitucionalidad en relación a los proyectos de ley, refundidos, sobre congelamiento del precio en contratos de salud con isapres (boletines N°13.502-11, 13.503-11 y 13.504-11).

excepción constitucional de catástrofe decretado con ocasión de una epidemia o pandemia”.

Sobre el particular, se discutió si el supuesto que habilitaba a las consecuencias perseguidas por el proyecto de ley era un estado de excepción constitucional debido a una situación sanitaria, o en cambio bastaba una alerta sanitaria.

Sometida a votación, fue rechazada por mayoría de votos (4 a favor, 7 en contra, 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, José Miguel Castro -en reemplazo de Andrés Celis-, Macaya y Ossandón.

Votaron en contra, las diputadas y diputados Cariola, José Luis Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Rosas y Torres.

Se abstuvo el diputado Durán.

2) De la diputada Hernando, para intercalar entre las palabras “Salud” y “o” del artículo 197 bis la frase: “el valor de las primas Ges”.

En cuanto a incluir dentro de la suspensión de alza de precio lo relativo al valor de las primas Ges, se hizo cuestión sobre si bastaba la redacción propuesta, o si era necesario contemplar en forma expresa tal prohibición, dado que el alza de éstas ocurre cada tres años.

Sometida a votación la indicación, en conjunto con el inciso primero, se aprobó por mayoría absoluta (8 votos a favor, 3 en contra, 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Ossandon, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, José Miguel Castro -en reemplazo de Andrés Celis y Macaya.

Se abstuvo el diputado Durán.

Sometido a votación el inciso segundo, sin indicaciones, fue aprobado por mayoría de votos (8 a favor y 3 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Ossandon, Rosas y Torres.

Se abstuvieron los diputados José Miguel Castro -en reemplazo de Andrés Celis, Durán y Macaya.

3) Del diputado Crispi para incorporar los incisos tercero, cuarto y quinto siguientes:

“Durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta 180 días siguientes a la cesación de este período, la pérdida de la relación laboral no podrá constituir causal de término anticipado del contrato de salud que tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución.

Por el periodo señalado, en caso de que el contrato de salud establezca beneficios condicionados por pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores o cuando el contrato de salud tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada institución o empresa, la Institución de Salud Previsional tendrá prohibido eliminar o disminuir los beneficios convenidos, aumentar la cotización pactada o realizar cualquier otra modificación que perjudique al cotizante y demás beneficiarios.

Asimismo, las prohibiciones mencionadas regirán también para los casos de suspensión del contrato de trabajo o reducción temporal de la jornada laboral.”.

Sometida a votación, se aprobó por mayoría absoluta (8 votos a favor y 1 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Ossandón, Rosas y Torres.

Votó en contra el diputado José Miguel Castro⁴.

4) De la diputada Cariola, para incorporar el siguiente artículo 197 ter:

“Artículo 197 ter.- El incumplimiento por parte de las Instituciones de lo señalado en el artículo anterior, será sancionado con las multas a que se refiere el artículo 220 de esta ley.

Se señaló que el objetivo de propuesta es que quede explicitado que la sanción por la ocurrencia del supuesto descrito debe ser pecuniaria, y no una mera amonestación por escrito. Al respecto, si bien se planteó que el supuesto no estaba suficientemente descrito, ni tampoco si abarcaba los hechos ya ocurridos, toda vez que las comunicaciones por alzas de precios ya han ocurrido durante el año, se estimó que la redacción de la indicación, en unión a los artículos transitorios del proyecto, son suficientes para describir el supuesto de hecho, y que estos no afectan a la mera comunicación de posibles alzas, sino que sólo afectan a las alzas efectivamente ocurridas.

Sometida a votación, se aprobó por mayoría absoluta (8 votos a favor y 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Ossandón, Rosas y Torres.

Se abstuvo el diputado José Miguel Castro.

Artículo transitorio.-

El texto refundido del proyecto de ley contempla un artículo transitorio, del siguiente tenor:

“Artículo transitorio.- En caso que una Institución de Salud Previsional haya hecho uso de las facultades a que se refiere el artículo único de esta ley entre los días 18 de marzo de 2020 y aquel en que entrare en vigencia esta ley, deberá reembolsar al cotizante lo pagado en exceso, dejar sin efecto el término del contrato o reestablecer las prestaciones y beneficios de salud, según corresponda.

El reembolso señalado en el inciso precedente deberá ser realizado por la Institución de Salud Previsional en un plazo no superior a 30 días corridos. El restablecimiento de las prestaciones y beneficios de salud operará de pleno derecho al momento de entrar en vigencia la presente ley.”.

---- Se presentó una indicación del diputado Crispi para incorporar un nuevo inciso transitorio, del siguiente tenor:

“En los casos en que la pérdida de la relación laboral haya generado el término del contrato de salud o la modificación del plan de salud en los términos del artículo segundo, entre los días 18 de marzo de 2020 y aquel en que entrare en vigencia esta ley, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al cotizante dejar sin efecto el

⁴ Se deja constancia que el diputado José Miguel Castro hizo reserva de constitucionalidad, por estimar que la indicación estaba fuera de la idea matriz del proyecto.

término de contrato o restablecer los beneficios y cotizaciones pactadas, según corresponda.

El reembolso señalado en el inciso precedente deberá ser realizado por la Institución de Salud Previsional en un plazo no superior a 30 días corridos. El restablecimiento de las prestaciones y beneficios de salud operará de pleno derecho al momento de entrar en vigencia la presente ley.”.

Se hizo presente que esta indicación tiene por objeto regular la situación que ocurre cuando existen convenios colectivos de las empresas con las Isapres, cuestión que no está regulada, toda vez que lo regulado es la situación de los contratos individuales en caso de que el trabajador deje de ser dependiente.

Luego de un intercambio de opiniones sobre el texto propuesto y la indicación presentada, se concluyó que el inciso primero de esta última quede como inciso segundo del texto refundido propuesto, atendido que el inciso segundo propuesto en la indicación es repetición del inciso segundo del texto propuesto originalmente -que queda como inciso tercero-.

Sometido a votación el artículo transitorio, en conjunto con el inciso primero propuesto en la indicación –para que quede intercalado como inciso segundo- se aprobó por mayoría absoluta (8 votos a favor y 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Cariola, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Ossandón, Rosas y Torres.

Se abstuvo el diputado José Miguel Castro.

IV.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.

Artículos rechazados.

No hay.

Indicaciones rechazadas.

---- Del diputado Gahona, para reemplazar en el inciso primero, la frase “una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia” por “un estado de excepción constitucional de catástrofe decretado con ocasión de una epidemia o pandemia”.

* * * * *

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente el Diputado Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

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

“Artículo único.- Incorpóranse, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, los siguientes artículos:

Artículo 197 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional estarán impedidas, durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta 180 días siguientes a la cesación de ese período, de ejercer las facultades que le confiere el inciso tercero del artículo 197 y el artículo 201, de aumentar el precio de los planes de salud y el valor de las primas Ges, o de disminuir o limitar sus prestaciones y beneficios.

En caso de que el impedimento señalado en el inciso anterior se extienda por más de un año, las Instituciones de Salud Previsional no podrán acumular el aumento del precio base del plan no efectuado durante ese periodo a la modificación que realicen en el año siguiente de acuerdo al inciso tercero del artículo 197.

Durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta 180 días siguientes a la cesación de ese período, la pérdida de la relación laboral no podrá constituir causal de término anticipado del contrato de salud que tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución.

Por el periodo señalado, en caso de que el contrato de salud establezca beneficios condicionados por pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores o cuando el contrato de salud tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada institución o empresa, la Institución de Salud Previsional tendrá prohibido eliminar o disminuir los beneficios convenidos, aumentar la cotización pactada o realizar cualquier otra modificación que perjudique al cotizante y demás beneficiarios.

Asimismo, las prohibiciones mencionadas regirán para los casos de suspensión del contrato de trabajo o reducción temporal de la jornada laboral.

Artículo 197 ter.- El incumplimiento, por parte de las Instituciones, de lo señalado en el artículo anterior, será sancionado con las multas a que se refiere el artículo 220 de esta ley.

Artículo único transitorio.- En el caso de que una Institución de Salud Previsional haya hecho uso de las facultades a que se refiere el artículo 197 bis del artículo único de esta ley, entre el 18 de marzo de 2020 y el día en que entre en vigencia esta ley, deberá reembolsar al cotizante lo pagado en exceso, dejar sin efecto el término del contrato o restablecer las prestaciones y beneficios de salud, según corresponda.

En los casos en que la pérdida de la relación laboral haya generado el término del contrato de salud o la modificación del plan de salud en los términos a que alude el artículo 197 bis del artículo único de esta ley, entre el 18 de marzo de 2020 y el día en que entre en vigencia esta ley, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al cotizante dejar sin efecto el término de contrato o restablecer los beneficios y cotizaciones pactadas, según corresponda.

El reembolso a que diere lugar la aplicación de este artículo, deberá ser realizado por la Institución de Salud Previsional en un plazo no superior a 30 días

corridos. El restablecimiento de las prestaciones y beneficios de salud operará de pleno derecho al momento de entrar en vigencia esta ley.”.

* * * * *

Se designó Diputado Informante al señor Miguel Crispi Serrano.

* * * * *

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 14 de mayo, 1, 8, 15, 22 y 30 de junio, y 6 y 13 de julio de 2020, con asistencia de las diputadas y diputados Jaime Belloio Avaria, Karol Cariola Oliva, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya (Presidente), Andrés Celis Montt, Miguel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandon Irarrázabal, Patricio Rosas Barrientos y Víctor Torres Jeldes.

Asistió también, el diputado José Miguel Castro Bascuñán (en reemplazo del diputado Andrés Celis Montt).

Sala de la Comisión, a 13 de julio de 2020.-

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogada Secretaria de la Comisión