

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD,
recaído en el proyecto de ley, en primer trámite
constitucional, que modifica el sistema privado
de salud.

BOLETÍN N° 7.955-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar
acerca del proyecto de la suma, iniciado en moción de los Honorables
Senadores señores Guido Girardi Lavín, Francisco Chahuán Chahuán,
Juan Pablo Letelier Morel, Fulvio Rossi Ciocca y Mariano Ruiz-Esquide
Jara.

Se hace presente que el N° 3 del artículo único
establece una limitación para adquirir el dominio, por lo que su
aprobación en Sala requiere quórum calificado de mayoría absoluta de
los Senadores en ejercicio, de conformidad con el artículo 66 de la
Constitución Política de la República.

A las sesiones en que se estudió este asunto
asistieron, además de los integrantes de la Comisión, la Vicepresidenta
del Colegio Médico de Chile A.G., doctora Magali Pacheco Méndez y el
Abogado Jefe del Departamento Jurídico de dicho Colegio, señor Adelio
Misseroni Raddatz; el asesor legislativo del Ministerio de Salud, abogado
señor Jaime González Kazazian; el asesor del Ministerio Secretaría
General de la Presidencia, señor Francisco Acevedo Alliende; la analista
de la Biblioteca del Congreso Nacional, señora Irina Aguayo Ormeño, y
los asesores del Honorable Senador señor Chahuán, señoras Irene
Ferrer Meli y Marcela Aranda Arellano y señores Marcelo Sanhueza
Mortara y Hugo Reyes Farías.

- - - - -

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

Al tenor de la moción que le da origen, esta
iniciativa de ley tiene por objetivos corregir los múltiples defectos y
abusos a que ha dado lugar el sistema privado de seguro de salud,

desde el punto de vista del reconocimiento y realización del derecho constitucional a la protección a la salud y, además, realzar la dimensión social que reviste la salud humana y el derecho que de ella emana.

El articulado propende a la consecución de las finalidades enunciadas arriba, a través de disposiciones que procuran lo siguiente: aumentar las coberturas mínimas, para que ningún beneficio pueda excluirse de los planes ni tener una cobertura o bonificación inferior al 80%; impedir cualquier discriminación basada en el riesgo que las personas representen para el asegurador, obligando a las Isapres a uniformar sus precios, modalidades y condiciones; terminar con las exclusiones y no cobertura de las preexistencias, a fin de eliminar todo elemento discriminador; reformar el procedimiento de otorgamiento, autorización y rechazo de licencias médicas; eliminar el período de carencia de las licencias médicas, con el objetivo de que se paguen íntegramente al trabajador-paciente los días que ha permanecido en incapacidad laboral; establecer el carácter indefinido y vitalicio de los contratos de salud y fijar reglas mínimas de dichos contratos, que impidan la alteración unilateral de precios, prestaciones, planes de salud, coberturas y otras condiciones que puedan ir en perjuicio de los afiliados y sus beneficiarios; impedir el establecimiento discrecional de planes cerrados de salud, a fin de garantizar el principio de libertad de elección; establecer un indicador de variación de los precios del mercado de la salud, el cual regirá los reajustes que experimente el valor de los planes, y obligar a las Isapres a hacer pública la información de sus planes, por la vía de extractos e informativos colocados en sus oficinas y establecimientos.

El proyecto está conformado por un artículo permanente, conformado por 11 numerales.

- - - - -

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- Artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

- Decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado.

- - - - -

DISCUSIÓN Y APROBACIÓN EN GENERAL

El Honorable Senador señor Chahuán hizo presente que la finalidad tenida en vista al suscribir esta iniciativa legal es abrir la discusión sobre el tema y estimular al Ejecutivo para que envíe una iniciativa que reforme profundamente el actual sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

Enfatizó que a pesar de ser partidario de un sistema mixto de prestaciones en salud y reconocer el aporte de las ISAPRES al país, la mantención del mismo depende estrechamente de una conducta responsable de todos los actores y, en ese sentido, estimó que la que han demostrado las ISAPRES en el último tiempo ha logrado desprestigiar el sistema de salud privado. Como ejemplo de la anterior afirmación mencionó las alzas unilaterales en los costos de los planes de salud, los aumentos derivados de la implementación del plan de Garantías Explícitas en Salud y las elevadas utilidades presentadas por dichas empresas en el último tiempo.

Además, indicó que tampoco ha existido voluntad de las ISAPRES en ser proactivas en la entrega de información a los afiliados ni en la transparencia respecto de los planes de salud y prestaciones que actualmente ofrecen, lo cual evidencia una significativa desigualdad en la relación entre la institución y los afiliados.

Afirmó que las referidas conductas demuestran que el sistema de ISAPRES no ha estado a la altura de los tiempos y recalcó que frente a las iniciativas legales que propongan reformar el actual sistema corresponde velar siempre en favor de los intereses de los afiliados.

El Ministro de Salud, doctor Jaime Mañalich, señaló que, a su juicio, luego de las importantes reformas a la salud del año 2005, es imperioso revisar la normativa que rige a las Instituciones de Salud Previsional, en lo que coincide con el planteamiento de los autores de la Moción que ponen de manifiesto la necesidad de legislar sobre la materia.

Expresó que actualmente el sistema de ISAPRES adolece de una severa incertidumbre jurídica, lo que se ha concretado a raíz de los pronunciamientos del Tribunal Constitucional y diversas Cortes de Apelaciones sobre la tabla de factores de riesgo y las

alzas de planes de salud. Destacó que el 80% de los recursos de protección que ingresan a las Cortes de Apelaciones se relacionan con reclamos ante medidas adoptadas por estas empresas respecto de los planes de salud.

Junto con reiterar que le parece adecuado avanzar en este tema, afirmó que ya están en trámite legislativo algunas iniciativas que van en la misma dirección, como el denominado “IPC de la salud”, que actualmente se discute en la Cámara de Diputados en la que ha sido llamada “ley corta de ISAPRES”, y el estudio de una nueva institucionalidad para el sistema de licencias médicas, que contempla la creación de un organismo independiente que velará por su adecuado funcionamiento y la separación de los recursos recaudados a título de cotizaciones de salud en un fondo que cubrirá las prestaciones de salud y otro que se cubrirá los beneficios de incapacidad laboral.

La Superintendente de Seguridad Social, señora María José Zaldívar, indicó que el presente proyecto de ley trata algunas materias que no son de competencia de su repartición e, incluso, hay temas que se enuncian en los fundamentos de la moción, pero que luego no se desarrollan en el articulado. Agregó que el tema de las licencias médicas debe ser tratado con mucha precaución y desde una doble perspectiva, ya que, además de cautelar la protección al derecho a descanso del trabajador en caso de enfermedad, se debe evitar la mala utilización de este beneficio, lo que tiende a hacer precario el derecho. En último término, indicó que el servicio que dirige sólo tiene relación con el sistema de licencias médicas una vez evacuado el pronunciamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez frente a la modificación o rechazo de una licencia por parte de una ISAPRE, correspondiéndole a la Superintendencia de Seguridad Social la función de última instancia en la resolución de un conflicto sobre el correcto otorgamiento de la licencia.

El Honorable Senador señor Girardi señaló que la intención del proyecto, en cuanto al sistema de licencias médicas, es que exista una instancia imparcial que determine el procedimiento y la fundamentación para modificar o rechazar una licencia, ya que actualmente los entes contralores de las ISAPRES ni siquiera examinan al paciente al momento de impugnar el otorgamiento del beneficio. Estimó que el sistema presenta claras muestras de asimetría, pues coloca todas las ventajas a favor de las ISAPRES y en desmedro del paciente.

El Honorable Senador señor Rossi advirtió que el proyecto de ley regula otras materias, además de las licencias médicas. Por ejemplo, protege adecuadamente el concepto de libre elección, ya que si bien las ISAPRES nacieron inspiradas en él como uno de sus pilares fundamentales, hoy en día la existencia de planes cerrados de salud va en la dirección contraria. Otros de los temas comprendidos en el proyecto son la proscripción de la alteración

unilateral de los planes de salud y el establecimiento de planes de duración indefinida y con criterios objetivos de reajuste.

La Vicepresidenta del Colegio Médico de Chile, Doctora Magali Pacheco, aseguró que la asociación gremial que representa comparte los objetivos pretendidos por el presente proyecto de ley, pues busca corregir los múltiples abusos y deficiencias que el sistema privado de salud presenta en la actualidad. En este sentido, indicó que el Colegio concuerda con las modificaciones en materia de coberturas y bonificaciones; término de las discriminaciones por sexo, edad o condición; término de las exclusiones y preexistencias; contratos de salud de vigencia indefinida y de por vida, abiertos, dirigidos y de amplias prestaciones; restricción legal a los planes cerrados; establecimiento del IPC de la salud, y transparencia y acceso a la información de salud.

Posteriormente se refirió a las modificaciones relacionadas con las licencias médicas y la eliminación del período de carencia.

En relación con el primer tema, manifestó que el Colegio Médico de Chile ha sostenido por décadas que las licencias forman parte del acto médico, son una medida terapéutica, y que, por consiguiente, no pueden ser calificadas o autorizadas por terceros ajenos a la relación médico-paciente. Asimismo, agregó, se ha señalado en reiteradas oportunidades que el reclamo por el otorgamiento de una licencia médica debe efectuarse ante organismos técnicos independientes de las entidades aseguradoras, por cuanto es la única vía para que las decisiones que se adopten en la tramitación de las licencias se basen en consideraciones sanitarias y no económicas.

Manifestó que la situación actual es insostenible, ya que no es posible que sea el organismo encargado de pagar el subsidio por incapacidad laboral el llamado a calificar su procedencia, lo cual genera un incentivo perverso en orden a recortar dichos subsidios, pues su pago incide directamente en los resultados operacionales de las Instituciones de Salud Previsional. Incluso señaló que en virtud de su experiencia profesional ha tomado conocimiento de que a los contralores médicos de las ISAPRES se les exige un porcentaje determinado de rechazo de licencias médicas, procedimiento que se realiza sin la necesidad de un examen previo del paciente por un facultativo.

Por último, respecto al período de carencia, sostuvo que se trata no sólo de una situación injusta, sino que incentiva el otorgamiento de licencias más prolongadas y costosas, motivo por el cual la organización que representa comparte plenamente su eliminación.

El Jefe del Departamento Jurídico del Colegio Médico de Chile, señor Adelio Misseroni, reafirmó la conformidad de su asociación con el proyecto de ley en discusión, por cuanto aborda íntegramente los temas que amparan a los afiliados y a los beneficiarios del sistema de salud privado, a diferencia de otras iniciativas parciales que han sido sometidas a la consideración del Congreso Nacional.

- Puesta en votación la idea de legislar, resultó aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión presentes, Honorables Senadores señores Chahuán, Girardi, Rossi y Ruiz-Esquide.

- - - - -

Se hace presente que en la Comisión hay otros proyectos de ley sobre Isapres, que serán tenidos a la vista en la discusión en particular del proyecto. Esos son los siguientes:

- Moción del Honorable Senador señor Muñoz, don Pedro, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, del año 2006, en materia de alzas en los precios de los planes de salud de las Instituciones de Salud Previsional, Boletín N° 4.969-11.
- Moción del Honorable Senador señor Bianchi, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, para asegurar el acceso igualitario a las distintas modalidades de atención para los beneficiarios del régimen de prestaciones de salud, Boletín N° 5.915-11.
- Moción de los Honorables Senadores señora Alvear y señores Bianchi y Ruiz-Esquide, que elimina la diferenciación según sexo en la estructura de las tablas de factores que determinan los precios de los planes de salud, Boletín N° 6.030-11.
- Moción de los Honorables Senadores señores Girardi y Ruiz-Esquide, que elimina las preexistencias en los planes de salud de las Isapres, Boletín N° 6.761-11.
- Moción del Honorable Senador señor Chahuán, relativa a las tablas de factores de los planes de salud, Boletín N° 6.894-11.
- Moción de los Honorables Senadores señores Chahuán y Larraín, que crea un sistema de información comparada de planes de salud, Boletín N° 6.903-11.
- Moción de los Honorables Senadores señores Girardi, Chahuán, Rossi y Ruiz-Esquide, que inicia un proyecto de reforma constitucional relativo a los derechos a la protección de la salud y la seguridad social, Boletín N° 7.960-11.

- - - - -

TEXTO DEL PROYECTO APROBADO

Se consigna a continuación el texto del proyecto cuya aprobación en general propone la Comisión:

PROYECTO DE LEY:

"Art. I. Introdúcense las siguientes modificaciones al Decreto con Fuerza de Ley N° I de 2006 del Ministerio de Salud que FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 y DE LAS LEYES N° 18.933 y N° 18.469:

1.- En el art.170 Deróganse las siguientes letras:

"i) La expresión "cotizante cautivo", para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional;"

"n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan."

2.-En el art. 172 inciso final intercálese la expresión "en lugares visibles de sus establecimientos" a continuación de la expresión "... y de terceros".

3.- En el art. 173 inciso primero reemplázase su punto aparte (.) por una coma (,) y agrégase a continuación:

"o tener participación societaria o accionaria directa o a través de terceros en instituciones de cualquier naturaleza que presten servicios de salud. "

4.- En el art. 188 intercálase el siguiente inciso 2° correlacionando los restantes.

"En el documento de renuncia deberán quedar expresamente establecidos los mayores beneficios de salud a que accede el renunciante por este concepto, los beneficios totales del plan y los beneficios que hubiese tenido sin renuncia de excedentes, documento que será notificado a la Superintendencia de Isapres junto a los demás antecedentes del contrato de salud."

5.- En el 189 modifíquese lo que se indica, de la siguiente forma:

a) Reemplazase su inciso 2° por el siguiente:

"El contrato de salud deberá contener como mínimo las siguientes estipulaciones, sin perjuicio de otras que libremente convengan las partes, las que en todo caso deberán ajustarse y respetar íntegramente las mínimas legales que se señalan a continuación:"

b) Reemplázase el inciso 1° de la letra b), B, por la siguiente:

"B. - Plan cerrado: aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores institucionales individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

c) Agrégase el siguiente inciso final a la letra b), B:

En ningún caso el Plan cerrado limitará o restringirá el derecho del afiliado a elegir libremente al profesional de la salud de su preferencia."

d) En el inciso 1° de la letra e) reemplázase el primer punto seguido (.), por una coma (,) y agrégase a continuación la siguiente frase:

"v sólo podrá reajustarse de acuerdo a la variación real que experimenten las prestaciones de salud en igual período. "

e) Derógase la siguiente letra f):

"f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190."

f) Derógase la siguiente letra g):

"g) Restricciones a la cobertura. Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.

En el caso del embarazo se deberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo."

6.- En el inciso 2° del art. 190 derógase el siguiente numeral 6:

"6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

Para los efectos de esta Ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Institución de Salud Previsional. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Institución de Salud Previsional renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 201;"

1.- Derógase en el inciso 2° del art. 190 el siguiente numeral 8:

"8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189. Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la, cual se homologa."

8.- Derógase la siguiente frase del inciso final del art. 190:

", excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g)"

9.- En el inciso 3° del art.197, antes del guarrismo "198" agrégase la frase "189 letra e) y "; e intercálase después de la frase "Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud", la expresión ", el sexo o la edad".

10.- Derógase los siguientes numerales e incisos del art.198:

"Artículo 198.- La libertad, de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva,

4. - La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las ISAPRES podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el periodo indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma- Institución de Salud Previsional.

11.- Agrégase los siguientes incisos en reemplazo del inciso 1° y de los numerales 1 al 6 del art. 198:

"Las instituciones de salud previsional sólo podrán cambiar los precios base de los planes de salud sobre la base de la variación real que experimenten las prestaciones de salud expresadas en un índice de variación de precios de la salud, definido y actualizados anualmente por la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el correspondiente Reglamento".

En ningún caso los precios, modalidades o condiciones de los planes de salud podrán ser establecidos en función de la edad, sexo o condición personal o de salud del afiliado o de sus beneficiarios. Cualquier diferencia, o discriminación fundada en las situaciones anteriores será objeto de las sanciones que establece la presente ley".

12.- Deróganse los incisos 1°, 4°, 5°, 6° y 7° siguientes del art. 199:

"Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores. (...)

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud, sólo podrá, tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional

no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 197".

- - - - -

Tratado en sesión de fecha 4 de octubre en curso, con asistencia de todos los miembros de la Comisión, y aprobado en sesión celebrada el 11 del mismo mes, con asistencia de los Honorables Senadores señores Fulvio Rossi Ciocca (Presidente), Francisco Chahuán Chahuán, Guido Girardi Lavín y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Valparaíso, 13 de octubre de 2011.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD.

(Boletín N° 7.955-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:

corregir los múltiples defectos y abusos a que ha dado lugar el sistema privado de seguro de salud, desde el punto de vista del reconocimiento y realización del derecho constitucional a la protección a la salud y, además, realzar la dimensión social que reviste la salud humana y el derecho que de ella emana.

II. ACUERDOS: aprobado en general por unanimidad (4 x 0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: un artículo permanente, conformado por 11 numerales.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: el número 3 del artículo único establece una limitación para adquirir el dominio, por lo que su aprobación en Sala requiere quórum calificado de mayoría absoluta de los Senadores en ejercicio, de conformidad con el artículo 66 de la Constitución Política de la República.

V. URGENCIA: no tiene.

VI. INICIATIVA: moción de los Honorables Senadores señores Guido Girardi Lavín, Francisco Chahuán Chahuán, Juan Pablo Letelier Morel, Fulvio Rossi Ciocca y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: primero.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 28 de septiembre de 2011.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, discusión en general.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
- Decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado.

Valparaíso, 14 de octubre de 2011.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

Constancias	1
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	1
Antecedentes de derecho	2
Discusión y votación en general	3
Texto del proyecto aprobado	7
Resumen ejecutivo	14
Índice	16