

**Informe de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud recaído en el proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional. (Boletín N° 2981-11)**

Honorable Cámara:

Las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud pasan a informar el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional y conforme a lo dispuesto en los artículos 220 y siguientes, y 228 del Reglamento de la Corporación.

**I. CONSTANCIAS PREVIAS**

1. Origen y Calificación

La iniciativa tiene su origen en un Mensaje de S.E. el Presidente de la República, calificada de “simple urgencia” y de sin urgencia, según el caso.

2. Disposiciones del proyecto que deben aprobarse con quórum especial  
Ninguna.

3. Disposiciones o indicaciones rechazadas

-Indicaciones de los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles a los incisos primero, penúltimo y final del artículo 1° de la ley N° 18.933; para agregar las letra i) y j) en el artículo 2° de la referida ley; para reemplazar el numeral 15) propuesto en la letra a) del N° 2 del artículo 1° del proyecto; para reemplazar el inciso primero del artículo 7° de la referida ley.

-Indicaciones de los diputados señores Accorsi, Cornejo, Palma y Robles para sustituir el artículo 38 de la ley N° 18.933 por los artículos 38 y 39.

-Indicaciones de los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, para eliminar el N° 14 propuesto en la letra a) del N° 2 del artículo 1° del proyecto; para incorporar un N° 2 bis en el artículo 1° del proyecto; para reemplazar el numeral 3) del proyecto; para reemplazar el numeral 4) del proyecto; para eliminar la letra a) del numeral 5) del proyecto; para reemplazar el numeral 6) del proyecto; para reemplazar el numeral 2) del artículo 38 bis) propuesto en el proyecto; para modificar el artículo 41 bis) propuesto en el proyecto; para modificar el artículo 42 bis) propuesto en el proyecto; para reemplazar el artículo 44 bis) propuesto en el proyecto; para agregar un artículo 45 bis); para sustituir el inciso primero del artículo 46 bis).

-Indicación del Ejecutivo para sustituir el numeral 11) del artículo 1° del proyecto.

-La letra ii) que modifica el párrafo segundo de la letra d) del inciso segundo del artículo 33 de la ley N° 18.933.

-El numeral 9) del artículo 1° del proyecto.

-El numeral 20) del artículo 1° del proyecto.

4. Indicaciones declaradas inadmisibles

- Indicación de los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles para agregar un inciso final al artículo 1° de la ley N° 18.933.

- Indicaciones de los diputados señores Cornejo y Lorenzini para agregar tres incisos en el artículo 37 de la ley N° 18.933.

5. Disposiciones que fueron aprobadas por unanimidad

-Los numerales 16 y 17 del artículo 1° y los artículos 2° y 3° y los tres transitorios.

6. Tramitación especial

Este proyecto forma parte de un conjunto de cuatro iniciativas<sup>1[1]</sup> que fueron tramitadas a las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud vinculadas al denominado plan

Auge. Tratándose de materias estrechamente relacionadas entre sí el análisis preliminar y las audiencias públicas se hicieron para los tres proyectos conjuntamente.

-0-

Asistieron a la Comisión, durante el estudio preliminar de los referidos proyectos y en ciertos casos también respecto al proyecto en informe, los señores Mario Fernández, ministro secretario general de la Presidencia; Nicolás Eyzaguirre, ministro de Hacienda; Osvaldo Artaza, ministro de Salud; Ricardo Solari, ministro del Trabajo y Previsión Social; Antonio Infante, subsecretario de Salud; la señora Jeanette Vega, directora del Instituto de Salud Pública; José Pablo Gómez, superintendente de Isapre; Álvaro Erazo, director del Fondo Nacional de Salud; Ximena Rincón, superintendente de Seguridad Social; Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma; Fernando Riveros, fiscal de la Superintendencia de Isapres; Jaime Cristi, jefe de Estudios de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, y Carlos Estévez, asesor del Ministerio de Hacienda.

En relación con el proyecto en informe concurrieron los señores René Merino, Presidente de la Asociación de Isapre; Andrés Tagle, Vicepresidente de la Asociación de Isapre, Rafael Caviedes, Director Ejecutivo de la Asociación de Isapre; Hernán Chamorro, Secretario General del Colegio Médico; Pedro Barría, Presidente de la Corporación de Afiliados y Usuarios de Isapre; David Peralta, Presidente de la Asociación Gremial de Centros Médicos Pymesalud, y Máximo Silva, Presidente de la Asociación de Clínicas y Prestadores Privados A.G.

## **II. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA REFORMA**

Primeramente, los ministros señores Fernández, Artaza, Eyzaguirre y Solari, entregaron a las Comisiones unidas los criterios orientadores de la reforma a la salud, la cual se inspiraría en un propósito similar al que se tuvo presente al llevar a cabo, a principios de los años cincuenta, la reestructuración de la salud en Chile, mediante la creación del Servicio Nacional de Salud.

Se enfatizó por dichos personeros que la reforma propuesta por el Gobierno está basada en sólidos requerimientos sanitarios, existiendo un gran consenso entre los expertos en economía de la salud en cuanto a que, de no haber un cambio profundo en la manera de enfrentar los problemas de este sector, nuestro país tendría serias dificultades para dar solución racionalmente a los problemas de salud más urgentes e importantes, sobre todo, si se considera el nivel de recursos de que dispone y la actual realidad mundial.

La razón fundamental para propiciar esta reforma es que Chile ha cambiado profundamente en las últimas décadas, por lo que los problemas sanitarios actuales son radicalmente distintos a los que existían hace 30 ó 60 años. Se avala lo anterior con las curvas de mortalidad y de discapacidad que afectan a la población chilena<sup>2[2]</sup>, tras lo cual se puede concluir que los años de vida saludable son alterados por estos dos factores que son absolutamente previsibles y manejables.

En consecuencia, se argumentó que el sistema sanitario ha sido diseñado para enfrentar problemas distintos a los actuales. Existe una carga progresiva de enfermedades, debido a múltiples razones, entre las cuales destaca el envejecimiento de la población. En efecto, el grupo etario que crece más rápidamente es el de las personas mayores de 65 años, y se estima que antes de dos décadas este grupo superará en número al de los jóvenes de hasta 15 años de edad. Se hizo presente la existencia de un consenso acerca del diagnóstico de la situación sanitaria, de las tensiones que trae consigo, desde el punto de vista de las enfermedades emergentes, del aumento de la tecnología que se incorpora a las soluciones de salud y del cambio que tiene la población en relación con los servicios de atención. En

efecto, se planteó que los pacientes necesitan que se les garantice un nivel de acceso a estos últimos, que sea concordante con su dignidad como seres humanos.

Por otra parte, el sistema de salud incorpora en forma progresiva tecnología del más alto costo y es necesario decidir entonces, la clase de servicio de salud que se puede incorporar racionalmente.

Este diagnóstico daría lugar a las iniciativas en comento, las cuales responden a la urgencia de definir un conjunto de problemas sanitarios que sean resueltos para toda la población en forma equitativa, sin distingo alguno de su condición. Ello sería posible técnicamente, así como también, ordenar todos los problemas de salud de acuerdo a su magnitud. En este plano deben establecerse derechos sociales, que sean exigibles para todos y en igual medida. De este modo, se genera una institucionalidad, a través de la Superintendencia de Garantías, para que cualquier ciudadano que esté afiliado a Fonasa o a una Isapre, obtenga de la sociedad igual satisfacción a sus problemas de salud.

Se hace hincapié que entre las condiciones que deben existir para que esta reforma de salud pueda aplicarse, estaría la necesidad de introducir modificaciones importantes en el Sistema de Isapre, toda vez que estas instituciones fueron diseñadas con una lógica distinta. Se sostuvo que los seguros privados fueron diseñados sobre la base de que los incentivos están puestos en el sobreconsumo de prestaciones. Sin embargo, en la actualidad se pretende que los recursos sean asignados racionalmente, de modo que se traduzcan en mejores resultados de salud para las personas que están en el sector privado. Ello implica que el sector privado se adapte a lo que podría ser una óptica de seguridad social en salud, de tal forma que sus tres millones de afiliados, que representan el 20 por ciento de la población, sin diferenciación alguna derivada del sexo, de edad o del lugar geográfico donde viven, tengan respuestas en el 80 por ciento de las enfermedades y problemas de salud que afectan a toda la población chilena.

De igual modo, se precisó que sería menester que el sector público se adaptara a los nuevos requerimientos, dado que atiende al 80 por ciento de la población y constituye la columna vertebral del sistema sanitario. Se buscaría disponer de un sistema público fuerte en salud, pero para ello sería necesario, en primer lugar, modificar el modelo de atención. Esto significa que el mayor esfuerzo financiero del país en el área de salud, en el futuro, se radique en la atención primaria, de modo que los recursos se destinen, principalmente, a la prevención de las enfermedades y, posteriormente, a diagnosticarla y tratarla en los centros de atención primaria. Así, se pretende que sólo las acciones de mayor complejidad se radiquen en la atención hospitalaria.

Se afirmó que esta modificación del modelo requiere un cambio en la administración del mundo hospitalario, pues de lo contrario cada esfuerzo financiero que se haga contribuirá a aumentar el costo de las prestaciones. En la actualidad aproximadamente el 90 por ciento del gasto público de salud se invierte en el mundo hospitalario. Se planteó que esta situación debe revertirse y que, en el próximo decenio, el 30 por ciento del gasto público debe destinarse a la atención primaria, tal como ha sucedido en otros países latinoamericanos. Se postuló que los Estados que tienen un gran desarrollo desde una perspectiva sanitarista o de salud pública, invierten el 50 por ciento en esta modalidad de atención. Sin embargo, para lograr este resultado, se necesita un cambio de cultura y una modificación en el desarrollo organizacional de los grandes hospitales que incide en el tema de la gestión.

Se explicó además, que la esencia de la reforma consiste en establecer un sistema de acceso universal a un conjunto de prestaciones de salud que se dividen en dos grupos. Uno de ellos corresponde a aquellas prestaciones asociadas a 56 patologías o estados mórbidos - no a 56 prestaciones-, que reciben una garantía en tres niveles. La primera es una garantía de oportunidad en la atención, esto es, si una persona sufre una de estas patologías, deberá ser atendido en un máximo de tiempo establecido. La segunda es una garantía de calidad, según los actuales estándares médicos, en virtud de la cual esa patología será tratada de

acuerdo con un protocolo médico que asegura la adecuada curación o enfrentamiento de la enfermedad. La tercera es una garantía financiera, es decir, tiene asociado un nivel máximo de copago, que es coherente con lo que una familia puede enfrentar.

Se señaló que uno de los criterios fundamentales de esta reforma es el principio de equidad. Se propone que exista una prima universal, esto es, que todos los habitantes tengan acceso a estas 56 patologías con garantías explícitas y para el resto de las patologías con garantías no explícitas, a un costo único, que sea independiente del nivel de riesgo de la persona, determinado en una primera instancia por el sexo y la edad. La prima universal, cuyo monto se ha calculado en torno a los 50 mil pesos por beneficiario al año, sería pagada por todos los chilenos y permitiría el acceso a las prestaciones ya señaladas.

Se explicó también que en el plan Auge se ha contemplado inicialmente la existencia de un fondo de compensación, con el objeto de que la prima universal sea única para todas las personas aseguradas por dicho plan, sin que ello implique un problema financiero para el seguro que cubre a la persona. En efecto, puede ocurrir que un determinado seguro esté orientado a un sector de riesgo determinado por la edad y el sexo, que sea superior al promedio de la población, en cuyo caso si sólo recibiera la prima universal como compromiso para estas prestaciones, resulta obvio que tendría un problema financiero. Asimismo, otro seguro podría cubrir a una población cuyo riesgo es inferior al promedio, en virtud de lo cual gastará menos de lo que recibirá como contribución. Por ello, es necesario estructurar -se afirmó- un fondo de compensación sobre la base de que todos los asegurados contribuyan con la prima universal y, posteriormente, el seguro inyectará a cada una de las poblaciones aseguradas por cada seguro, los recursos que se estima debiera destinar conforme a las características de riesgo que ese particular seguro cubre. De esta manera, la prima universal y la idea de no discriminar en razón de factores de riesgo, como el sexo, la edad, la preexistencia y la condición socioeconómica, suponen la existencia de un fondo de compensación de riesgo -que se denomina fondo de conversión solidario- para que sea plenamente fluida la actividad de seguros y la entrega de seguridad a la población.

Por otra parte, se propone la formación de un fondo maternal solidario. En efecto, es sabido que las mujeres en edad fértil, que representan una parte determinada de la población asegurada, pueden enfrentar la contingencia del parto. La sociedad ha estimado que la buena crianza de un hijo supone la existencia de períodos de pre y posnatal y la posibilidad de que la madre acompañe al recién nacido que sufra una enfermedad grave durante su primer año de vida. Dado que el cuidado de los niños es un tema propio de la familia, es que se propone que el conjunto de los asegurados se haga cargo del financiamiento de esta prestación.

Se explicó que en Chile y en el resto del mundo, desde la formación de los seguros sociales, la prestación maternal ha sido definida como de seguridad social, junto a otras, tales como la pensión, el seguro de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral. La prestación de seguridad social opera sobre la base de un criterio de salario de sustitución, lo cual significa que durante sus días de ausencia el beneficiario percibe la renta imponible. En nuestro sistema fiscal, el subsidio estatal a la prestación maternal es el único gasto en el que se utiliza este criterio. En general, el Estado financia bienes públicos, los cuales se caracterizan por el hecho de que su consumo por parte de un individuo no excluye el consumo de otro individuo. No existe en Chile, ni en el resto del mundo, con excepción del mencionado subsidio, un caso en el cual el Estado cancele más a las personas, cuanto mayor sea su salario, lo cual constituiría una grave desfocalización e inequidad fiscal.

Por tal razón, el Gobierno propone que, tal como fuera históricamente en Chile y como es en el resto del mundo, esta prestación sea sobre una base contributiva, al igual que el resto de las prestaciones de seguridad social en nuestro país. Se indicó que el subsidio de incapacidad laboral por prestación maternal es otorgado por el seguro de salud y forma parte de un paquete que se entrega junto con el seguro de invalidez, el subsidio de incapacidad laboral general y las prestaciones curativas. Por otra parte, se precisó que

cuando el Estado financia la compra de un bien entregado privadamente, ese subsidio se repacta entre una proporción que subsidia al consumidor y una proporción que subsidia al productor. En tal sentido, es indesmentible, de acuerdo con la teoría económica, que el subsidio maternal estatal constituye también un subsidio a la industria privada de las Isapress.

Por otra parte, se explicó que el Gobierno, sobre la base de la equidad, ha asumido la obligación de subsidiar la prima universal en el caso de las familias que no tienen ingresos suficientes para cancelar su valor, lo que asciende, aproximadamente, a 50 mil pesos anuales por asegurado. El plan Auge supone, entonces, una solidaridad de ingresos, toda vez que el Estado -que a su vez recauda impuestos del conjunto de sus agentes productivos- financiará el costo de la prima universal para beneficiar a las personas que no puedan costearla con sus propios ingresos, lo cual permite que el acceso universal con garantía explícita (Auge)<sup>3[3]</sup> tenga efectivamente un carácter universal. Debido a que dicho financiamiento supone la obtención de recursos por parte del Estado, es que se ha propuesto aumentar algunas contribuciones impositivas.

Asimismo, se argumentó que el sistema de salud debe incurrir en ingentes costos por concepto de la atención a trabajadores independientes, quienes, pese a percibir rentas, no contribuyen, configurando una iniquidad social inaceptable. Por tal motivo, en el proyecto de ley correspondiente se ha propuesto la cotización obligatoria de estos trabajadores, lo que implicará, además, una fuente de recursos para aliviar el importe que el Fisco debe subsidiar en el caso de las personas que no perciben rentas.

Se sostuvo que el Gobierno está consciente de que la posibilidad de brindar un acceso universal de todas las personas a estos planes de salud, sin discriminación, supone un gran esfuerzo de gestión. En este país, que tiene recursos limitados y necesidades en muchos ámbitos, tales como el empleo y la seguridad ciudadana, la utilización eficiente de los recursos que se manejan es una obligación moral. En tal sentido, se planteó que la forma en que los recursos serán inyectados al sistema de salud pública presenta una diferencia radical respecto de la experiencia anterior, en materia de incremento de recursos para salud. En efecto, se requieren recursos adicionales, toda vez que al garantizar el acceso universal deberán aumentarse o multiplicarse, en forma importante, el volumen de prestaciones que se realizará anualmente. Se explicó que, históricamente, los hospitales recibían todos los años un presupuesto sobre la base del cual ofrecían la mejor atención posible; sin embargo, se ha propuesto inyectar los recursos a través de un esquema de prestaciones valoradas.

El Ministerio de Salud habría realizado un estudio<sup>4[4]</sup>, basado en información de mercado, que señala los protocolos médicos a través de los cuales estas patologías deben ser atendidas y el costo que implican.

En relación con el financiamiento del aumento de prestaciones, se explicó que la asignación de recursos a los hospitales se realizará a través de Fonasa, en razón de las prestaciones efectivamente entregadas, lo cual constituye un cambio absoluto en el modelo de gestión, toda vez que hasta la fecha se financiaban con presupuestos históricos, en los cuales se suponía que el hospital atendería a una determinada cantidad de personas.

Por último, se afirmó que el plan Auge será de aplicación obligatoria para todos los chilenos, sin efectuar distinciones entre la salud pública y la privada, ya que esta última deberá entregar, como mínimo, cobertura para las 56 patologías contempladas en el plan, cobrar la prima universal y replicar las prestaciones que cubren el resto de las patologías cubiertas por el sistema público, a través del modelo de libre elección de Fonasa. Además, según sea necesario, se establecerán criterios de fidelidad respecto de los plazos y las modalidades en que las Isapres podrán modificar los precios de sus prestaciones.

Los contenidos expuestos por los señores ministros fueron complementados, desde la perspectiva del Gobierno, por los señores Álvaro Erazo, director del Fondo Nacional de

---

3

4

Salud y Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma.

En relación con el financiamiento de la salud el señor Álvaro Erazo efectuó una explicación de las distintas modalidades utilizadas en las últimas décadas. Destacó que en la década del 80 se operaba mediante un régimen de pago llamado facturación por atenciones prestadas (FAP), que consistía en la planilla de sueldos por un lado y el costo de la prestación, los bienes y servicios, por otro. El FAP tomó los bienes y servicios y los corrigió de acuerdo a la mayor o menor cantidad de mano de obra utilizada en el procedimiento de atención hospitalaria. Esto es, si era un procedimiento quirúrgico, se le asignaba un factor, por ejemplo, 40, y si era un procedimiento de especialidades se le asignaba un factor 10, pero la planilla seguía por su lado.

Ese mecanismo se aplicó hasta 1994, cuando se inició un proceso para cambiar la lógica de los presupuestos históricos que había generado la crisis hospitalaria de todos conocida. A partir de allí, se inició un proceso rectificatorio para incorporar un mecanismo de asignación distinto y lo primero que se hizo fue actualizar los costos de las 100 prestaciones más importantes. Se trató de lograr un equilibrio presupuestario entre la facturación y la transferencia de los servicios. De hecho, se trazó la proyección en términos del impacto que eso iba a tener. Esa proyección se hizo con la lógica de los estudios de costos en todo el mundo, con costos directos e indirectos, con un modelo llamado sistema de información de gestión hospitalaria, que en algunos casos incorpora costos del sector privado, mide las unidades productivas y hace un costeo en detalle. Sin embargo, esa proyección no logró revertir la situación de mayor actividad de los hospitales públicos, en particular porque se incorporó mucha inversión y mucho equipamiento. Por lo tanto, lo que se hizo en ese momento fue un reconocimiento de la mayor facturación versus las transferencias. Vale decir, se estableció una brecha de eficiencia y eso se fue aumentando en forma paulatina. En 1996, se incorporaron una serie de otras prestaciones que hoy se conocen como programas especiales, entre los que se cuenta el programa del adulto mayor, el programa de oportunidad de atención y las enfermedades complejas.

En 2001, al constatar que había una serie de retrasos en materia de actualización de costos, se hizo un estudio que arrojó el 56% de todas las facturaciones de los hospitales más importantes de Chile. Se hizo el costeo de las 26 prestaciones que tenían el mayor impacto; es decir, eran 26 prestaciones, pero que tenían en las transferencias el 56% de toda la facturación, precisamente para corregir lo que era evidente: que estaban subvaloradas. El resultado de ese estudio ha significado que, de 2001 en adelante, se incorpore una corrección en las camas críticas en el ítem de normalización presupuestaria de la ley de Presupuestos.

En ese sentido, se hizo actualización de costos y la política que se va a seguir con el plan Auge es que las prestaciones valoradas van a ir con costos reales, lo que está ligado a las prioridades de salud. Precisó que las prestaciones valoradas son 239 mil millones de pesos. Ahí están todos los programas especiales, las camas críticas, las unidades de atención de emergencia, las unidades de tratamiento intensivo e intermedio; también la atención de emergencia y la salud mental. Todo ello forma parte del referido plan, y se ha puesto como regla que todo lo que va incluido en él va a costos reales. Agregó el señor Erazo que no existe una muralla divisoria entre lo que es Auge y lo que no lo es, porque tiene que ver con el tipo de actividad productiva que se está haciendo.

A propósito del fondo de compensación sostuvo que es una subvención a la prima universal, que es pareja y con tarifa plana, para que contribuyan todos los chilenos. De tal manera que, para que este mecanismo de compensación sea de verdad en función de lo que son los problemas de salud, lo que hace es identificar a una población que no tiene recursos: los no cotizantes, los indigentes, o los carentes de recursos, y a ellos el Estado les contribuye con 50 mil pesos. Estimó razonable y un tremendo avance otorgar una subvención a la prima de una población que antes no tenía cómo financiar su salud. Ésa es la fuente solidaria que se basa en diversos impuestos conocidos como impuestos antivicio.

Para esos indigentes se ha identificado esta cantidad de recursos, que asciende a alrededor de 153 mil millones de pesos.

El señor Hernán Sandoval precisó que el plan Auge no explica el 75% de las prestaciones, sino el 75% de la carga de enfermedad. Agregó que se ha calculado la carga de enfermedad mediante dos mecanismos: los años de vida potenciales perdidos y los años de vida saludable. El primer mecanismo consiste en decir que si una persona va a vivir, en la edad promedio de esperanza de vida al nacer, hasta los 73 años -el promedio de los chilenos-, y esa persona fallece a los 60, entonces ha perdido trece años de esperanza de vida. Es decir, se restan trece años en la esperanza de vida. Y eso es lo que se hace. Se adiciona cuántos años de vida se pierden por cada una de las causas que se han considerado.

Los años de vida saludable se refieren al mismo cálculo. Es decir, si una persona de 60 años tiene, por ejemplo, una insuficiencia renal y empieza a ser un dializado crónico, ya no tiene una vida saludable, sino que depende de un tratamiento y de una máquina para seguir viviendo. Por lo tanto, él vivió años de vida saludable solamente hasta los 60 años y el resto son años de vida saludable perdidos.

La suma de los años de vida potenciales perdidos más los de vida saludable perdidos da lo que se llama la carga de enfermedad.

Las 56 prestaciones establecidas en el plan Auge explican en los chilenos el 74,7% de los años de vida saludable perdidos en Chile. Esto es extraordinariamente importante, afirmó. Ya que pocas enfermedades explican un gran daño. Por eso se están concentrando esfuerzos de financiamiento, de protocolización, de impacto, de medicina basada en la evidencia en ese grupo de enfermedades, porque hay convencimiento -y existen todas las demostraciones epidemiológicas que permiten afirmarlo- de que utilizando y poniendo los recursos en esas patologías habrá un tremendo impacto en el mejoramiento de la salud de los chilenos.

Ello no explica, de ninguna manera, que esto sea el 75% de las prestaciones. Muy por el contrario. Si en la propuesta se hace un análisis presupuestario del plan Auge y no Auge, se ve que en el Auge se están destinando, aproximadamente, 550 mil millones de pesos. Y para lo que es no Auge se están destinando, aproximadamente, 650 mil millones de pesos. Es decir, se reconoce que hay más prestaciones a financiar en la porción no cubierta por las garantías que en la porción cubierta por las garantías. Sin embargo, a pesar de que es menos plata la que está en la porción cubierta por las garantías, hay un convencimiento de que el impacto que genera eso va a liberar recursos de tal manera que se van a poder atender mejor las patologías que no están garantizadas, o sea, aquellas no Auge.

A continuación se consignan los principales cuestionamientos y observaciones de los integrantes de las Comisiones unidas, en relación con el estudio preliminar de las iniciativas vinculadas al plan Auge.

El diputado señor Patricio Cornejo, señaló que el plan Auge ha recogido las principales prioridades sanitarias, es decir, aquellas enfermedades más frecuentes o que provocan generalmente la muerte. Consultó si esta reforma resuelve plenamente el tema de la equidad en materia de salud. Opinó que no basta con la sola declaración de las 56 patologías a que se ha hecho mención -indicadas y ordenadas en forma prioritaria-, sino que es necesario hacer esfuerzos adicionales, especialmente en algunos territorios geográficos, en los cuales los sectores público y privado no cuentan con los elementos necesarios para obtener recursos sanitarios adecuados, que les permitan tratar estas 56 patologías con la debida calidad y oportunidad.

El diputado señor Carlos Vilches, quiso saber si el plan Auge da una respuesta efectiva a las inquietudes que tienen las personas, las cuales guardan relación con la demora en la obtención de una hora médica para una atención de salud en los hospitales de las regiones, o la falta de camas disponibles para realizar pequeñas intervenciones quirúrgicas, sin mayor complejidad y en las dificultades en el sistema de la interconsulta para casos de mayor complejidad.

El diputado señor Sergio Aguiló, manifestó su inquietud por el tema del financiamiento, pues, a su juicio, se requieren más recursos. Si se ha planteado financiar la reforma con un porcentaje del IVA o con el establecimiento de tributos a algunos bienes de consumo que, en general son dañinos para la salud, tiene dudas acerca de si se produciría una situación regresiva al establecer una prima, o sea, el valor anual por paciente, independientemente del nivel de ingresos. Plantea que la persona que percibe un sueldo de 120 mil pesos y aquella cuya remuneración asciende a 3 millones de pesos mensuales, deberán contribuir anualmente con 50 mil pesos al año, como beneficiarios del nuevo sistema. En consecuencia, cabría imaginar un esquema más progresivo y solidario, en virtud del cual los que tienen más recursos y ganan más dinero, aporten más y los que tienen menos recursos, aporten menos o nada. Reconoce que existe una cierta solidaridad de los sanos hacia los enfermos y de los jóvenes hacia las personas mayores.

La diputada señora María Angélica Cristi, consultó si se han logrado determinar los recursos del sector que hoy día están siendo mal utilizados y que podrían ser aprovechados en mejor forma para hacer más viable esta reforma.

El diputado señor Enrique Accorsi, consultó cómo esta reforma afectará la red hospitalaria y de qué manera se enfrentará el período de la transición entre lo que ya existe y la aplicación de la reforma, una vez que se aprueben estos proyectos. Opinó que es fundamental que en dicho período se proporcione una atención que constituya una señal del cambio de modelo, por ejemplo, orientando mayores recursos hacia la atención primaria.

El diputado señor Exequiel Silva, manifestó dudas en relación con el tema de la salud primaria, por cuanto en estas iniciativas no está suficientemente plasmada la idea de focalizar los recursos y fortalecerla. Hizo presente que una parte importante del financiamiento de la salud primaria depende de los recursos propios que le asigne cada municipalidad, por cuanto éstas determinan, de acuerdo con la decisión de su propio concejo, la cantidad de recursos adicionales. Por lo tanto, si se ha señalado que la salud primaria es muy importante en el diseño teórico, debiera concretarse esta idea en los proyectos de ley.

El diputado señor Juan Masferrer, acotó que estas últimas entregan más del 20 ó 30 por ciento de su presupuesto para atender un departamento de salud deficitario, en circunstancias de que el señor ministro ha reconocido que apenas destina el 10 por ciento y que se ha duplicado el presupuesto en salud durante los últimos diez u once años. Asimismo, ha indicado que se constituirá una red asistencial que estará formada por los hospitales regionales, mientras que en las regiones ya se habla de que muchos hospitales de categoría 4 pasarán a ser consultorios.

La diputada señora Carolina Tohá, consultó si con la reforma se aumentará la atención en salud o simplemente se efectuará una redistribución de lo que se tiene en la actualidad.

En relación con el sistema privado, preguntó de qué manera se crearán los incentivos para la prevención de las enfermedades que más afectan a la población y que más recursos absorben de los presupuestos para salud. Ello en atención a que, a diferencia de lo que sucede en el sistema público, el sistema privado puede deshacerse de un cotizante cada cierto tiempo, por lo que es necesario establecer una fórmula que lo estimule a invertir en la salud de sus cotizantes.

Consultó por las medidas necesarias para facilitar el traslado voluntario de los especialistas de los hospitales a la atención primaria, sin que ello implique cancelar sus carreras ni sus perspectivas de desarrollo profesional.

El diputado señor Carlos Hidalgo, advirtió que en estas iniciativas no se contempla una forma de controlar o prevenir el mal uso de las licencias médicas. Las que durante el año 2001 costaron al Fisco 210 mil millones de pesos.

El diputado señor Camilo Escalona, afirmó que se necesita establecer una política especial para pagar mayores remuneraciones a los especialistas en zonas alejadas de los

centros urbanos, o permitir que estos servicios tengan convenios con universidades, de tal forma que a través de la capacitación, les resulte atractivo trabajar en regiones.

El diputado señor Julio Dittborn, preguntó detalles sobre el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario y del Fondo Maternal Solidario.

El diputado señor Sergio Ojeda preguntó por qué habría dos Superintendencias en materia de salud. Consideró que si ambas tienen la facultad para interpretar ciertas materias relativas a las leyes, reglamentos o demás normas del Fondo Nacional, como también para dictar las instrucciones de distinto carácter, ¿no se producirá duplicidad respecto del actuar de estas Superintendencias?

El diputado señor Francisco Bayo inquirió qué seguridad hay de que el costo de los planes que están alrededor de este sistema de 56 patologías se establezca sobre la base de costos reales.

El diputado señor Osvaldo Palma preguntó por qué no fue incorporada en el plan Auge la patología dental. Destaca que esta patología es de alta prevalencia en la población y produce varias secuelas y daño económico, puesto que las personas se ven en la obligación de atenderse en forma particular, sacrificando sus escasos presupuestos.

En la sesión 4ª de las Comisiones unidas de fecha 29 de julio de 2002, se efectuó la Audiencia Pública en que los señores Osvaldo Artaza, ministro de Salud; Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.; Máximo Silva, Presidente de la Asociación Gremial de Clínicas y Hospitales Privados; Pedro Barría, Presidente de la Corporación de Afiliados y Usuarios de Isapre (Corpusapres); Esteban Maturana, Presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (Confusam); Ernesto Benado, Presidente de la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (Conadecus); Juan Díaz, Presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de la Salud (Fenpruss); Rodrigo Pascal, representante de la Corporación Vivo Positivo; Patricio Lira, Presidente de la Corporación para la Fibrosis Quística del Páncreas; Gonzalo Simón, Gerente de Estudios de la Asociación de Isapre; Jorge Araya, Presidente de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats); Rubén Puentes, Director del Hospital de Talcahuano; David Peralta, Presidente de la Asociación Gremial de Centros Médicos (Pymesalud), y diversas personas relacionadas con el área de la salud reflexionaron acerca de los desafíos de la reforma.

De las intervenciones realizadas por los expositores se consigna a continuación una síntesis de las principales opiniones y temas relevantes que se pusieron en el debate.

El señor Juan Luis Castro hizo presente la voluntad del Colegio Médico de colaborar en el estudio de las iniciativas propuestas. Destacó entre los aspectos que le preocupan el de las licencias médicas. Agregó que, si bien la propuesta de reforma a la salud busca garantizar acceso, garantías y coberturas determinadas, estima necesario avanzar decididamente en orden a garantizar el reposo por enfermedad. Sostuvo que el sistema actual no puede ofrecer al país garantías de que se puede cumplir con el reposo por enfermedad en forma transparente y adecuada, con garantías de cobertura mediante los subsidios que correspondan, sin estar expuestos a los abusos que se han producido durante largo tiempo, por distintos sectores, respecto de este beneficio, el que de algún modo también requiere de una profunda reforma. En ese sentido, le pareció importante, primero, que se considere esta discusión en el seno de la reforma, y segundo, que los empleadores también asuman el pago de subsidios por incapacidad laboral.

En segundo lugar, consideró esencial que el país determine prioridades sanitarias y que éstas sean definidas no sólo como patologías o enfermedades, sino también como garantías generales que permitan a las personas acceder a los especialistas, tener una buena cobertura financiera y no someterse a tiempos de espera prolongados, a fin de obtener un avance y no un retroceso respecto de lo que hoy existe.

En el tema de la deuda hospitalaria en nuestro país sostuvo que, difícilmente, se podrá avanzar en la reforma si no se sana definitivamente esta deuda, que tiene su origen

no simplemente en el no pago a un acreedor, sino en que la salud está financiada a valores por debajo de su costo real. Le pareció fundamental que la autoridad establezca con claridad el costo global que significa poner en marcha la reforma de la salud. Se ha partido de una cifra piso de 153 mil millones de pesos, pero han surgido en el debate público cifras diferentes y superiores en un nivel bastante mayor que el margen propio de una estimación que puede ser equívoca.

En cuarto lugar, señaló que para los médicos es muy importante la calidad de la medicina que se quiere ofrecer en el marco de la reforma. Son firmes partidarios de que la formación médica universitaria y los patrones de excelencia se mantengan o mejoren, lo que no puede perderse en el marco de definiciones en las cuales los niveles de calidad y de acreditación de la medicina en Chile tiendan a nivelarse hacia abajo.

Por último, señaló que le preocupa las limitaciones que significativamente están surgiendo que coartan el uso de la modalidad de libre elección, tanto en el Fonasa como en el sector privado, las que son muy utilizadas por la población de segmentos medios y populares. En la actualidad, millones de chilenos compran bonos para ir a ver a su médico, a su pediatra o a su ginecólogo, y pueden verse afectados en la medida que haya sistemas que dejen a los pacientes cautivos en redes de atención cerradas que no generan espacios de opción en un campo como la medicina, el cual requiere alternativas mínimas para elegir al mejor prestador. Consideró esencial que se garanticen estos espacios de libertad de elección, con protocolos médicos definidos.

El señor Pedro Barría se refirió a las modificaciones a la ley de Isapres la que ha analizado con gran preocupación, porque cree que el proyecto francamente empeorará la situación de los usuarios de Isapre, salvo que sean modificados algunos aspectos sustanciales. Fundamentó su afirmación en el hecho de que no se propone la eliminación de las facultades unilaterales que tienen estas instituciones para reajustar los precios, expulsar afiliados y resolver en materia de licencias como jueces y partes. Destacó que el sistema tiene ciertas ventajas para quienes están en él, porque reciben atención oportuna y de calidad, y no tienen problemas médicos, sino jurídicos y de abusos.

Argumentó a favor de la supresión de las facultades unilaterales de las Isapres, ya que ellas son contrarias a la tendencia del derecho moderno, que protege a la parte débil de un contrato y no a la más fuerte.

Sostuvo que los problemas del sistema Isapre son tan graves que no se resuelven con mayores facultades para la Superintendencia, sino mediante la modificación de la ley, estableciendo un verdadero contrato de salud, creando las condiciones de igualdad entre las partes puesto que hoy, prácticamente, se está frente a un contrato de adhesión.

Reconoció que el proyecto contiene algunas normas positivas, las que deberían profundizarse. Por ejemplo, si fallece el cotizante, es positivo que a los beneficiarios se les mantenga el plan de salud, pero no comparte la proposición de que sea por un año, sobre todo sin tener en cuenta la posibilidad de que la esposa o los hijos pueden seguir pagando el plan de salud, a lo mejor, indefinidamente. Postuló que el plan debería mantenerse indefinidamente pagando lo que en justicia corresponda.

En su opinión, el proyecto constituye un retroceso en otras materias, puesto que establece dos tipos de agentes de ventas. Sobre el particular, hizo presente que hay más de 5 mil agentes de ventas, quienes, por una comisión, muchas veces engañan a los afiliados. La iniciativa en tramitación establece dos tipos de agentes de ventas: aquellos con representación de la Isapre y aquellos sin dicha representación. Esta situación la consideró inadmisibles. Estimó que el agente de ventas siempre tiene que actuar con representación de la Institución de Salud Previsional, porque de otra manera ella nunca va a responder.

En materia de licencias médicas no comparte la proposición de eliminar la Compín como instancia de apelación de los rechazos o reducciones de licencias. Cree injustificadas las razones que se dan para su supresión, como también la idea de resolver todo a través de la Superintendencia de Seguridad Social.

Asimismo, hizo presente que consideraba que el afiliado a las Isapres es dueño de su cotización, con la cual él paga su plan de salud y no puede ser privado ni siquiera de un centavo de esa cotización. Ello por un problema de principios, pues tiene derecho de dominio sobre eso, y ese derecho está amparado en la Constitución.

El señor Esteban Maturana afirmó que los gremios de la salud, al igual que otros actores, son partidarios de la reforma a la salud y sólo difieren en cuanto al tipo de reforma.

Señaló que, cuando se habla de la reforma que quiere, es aquella a que se hacía alusión en un acuerdo firmado con el Presidente de la República hace algunos años, en un hospital de la Región Metropolitana, en que señalaba que debía ser una reforma integral, de carácter solidario, que iba a poner un acento muy claro en el fortalecimiento del sistema público de salud y con énfasis en la atención primaria, con participación de la ciudadanía en la construcción del proceso de reforma, ya que entiende que la salud es un derecho y no un bien transable en el mercado.

Agregó que una de las principales observaciones sobre la materia es la segmentación de patologías en Auge y no Auge, así como que se establezca en un proyecto que existirán garantías explícitas en términos de calidad, acceso, oportunidad y protección financiera para 56 enfermedades, sobre todo cuando no se requiere de una ley para efectuar una priorización en salud, puesto que, actualmente existen facultades para hacerlo y así se ha comprobado, por ejemplo, al poner en práctica el programa de oportunidad en la atención, que fija prioridades en salud.

Por lo tanto, desde su perspectiva, le resulta complejo pensar que para diseñar un instrumento de programación sanitaria como es el plan Auge, se tenga que recurrir a un proyecto de ley, siendo que ello se puede hacer con un simple decreto ministerial. Sin embargo, ya que se plantea la alternativa del proyecto de ley, al crearse un sistema para ciertas enfermedades lo que se está haciendo es una discriminación en salud, que denominó “discriminación Auge no Auge”. Es decir, no va a ser lo mismo enfermarse de una patología Auge que enfermarse de una patología no Auge. Postuló que existen incentivos perversos para los que administran el sistema de salud en ese sentido, porque cuando el director de un hospital enfrenta una patología Auge sabe que va a recibir fondos destinados a financiarla, o sea, prestaciones valoradas a costos reales, y para las otras recibirá más o menos lo mismo que está recibiendo hoy día, lo que genera todos los problemas de deuda ya conocidos.

Una segunda área que consideró crítica es el financiamiento. En relación con éste estima que Chile todavía tiene un aporte fiscal en salud claramente insuficiente: se está aportando el 1,6 por ciento del producto, siendo nuestro país, en el contexto de América Latina, uno de los que menos aporta al financiamiento en salud. En esos términos, Chile puede dar fe de que se ha hecho un excelente trabajo en salud, contra uno de los gastos en salud más bajos de América Latina y, por cierto, del mundo. Además, estimó que el financiamiento debe ser solidario y las propuestas que hay en este minuto, no lo son. El Fondo de Compensación es un fondo de riesgo entre carteras y la equidad que propone no contribuye a la solidaridad. Tampoco sería solidario, por ejemplo, el incremento del IVA, porque todos saben que es un castigo al consumo y que son los sectores pobres los que habitualmente pagan siempre el 100 por ciento de este impuesto, ya que los de mayores ingresos tienen muchos mecanismos para solicitar su devolución.

Propuso un plan de financiamiento del sistema de salud a mediano plazo que permita, a lo menos, recuperar el aporte histórico a salud y que, además sea solidario. Su alternativa seguirá siendo el fondo universal solidario.

Respecto de los temas de autoridad sanitaria, estimó que hay un avance y entiende que ese proyecto es fundacional. Apunta en la dirección correcta en términos de crear una autoridad semirregional en salud, una subsecretaría que se preocupe del tema de las redes asistenciales, es decir, de la parte de la prestación, y una subsecretaría que se preocupe de la parte de salud pública, lo que también constituye un avance.

Consideró que la proposición de que existan hospitales de autogestión en red, en la forma como eso está planteado, representa la creación de un piso legal para generar hospitales públicos como empresas autónomas del Estado, lo que podría influir en lo que es hoy en día la existencia de una red integral.

Manifestó su preocupación por el tema de la complementariedad público-privada. De hecho, con la forma en que están establecidas las garantías en el plan Auge, se estaría generando una nueva modalidad de subsidio, dado que en las actuales condiciones se tiene la certeza de que el sistema público no está en situación de hacerse cargo de las garantías del plan Auge. Por lo tanto, cree que los establecimientos públicos se verán obligados a comprar en el mundo privado las prestaciones que por ley están obligados a garantizar en un período determinado.

En el ámbito de los marcos laborales, más allá del hecho de que esta reforma sea en directo beneficio de la gente, debe considerar como base primordial a los trabajadores de la salud, y abogó por que sean incluidos en la misma y no separados del resto de las personas.

El señor Ernesto Benado expresó el acuerdo de la entidad que preside con la reforma de la salud; asimismo, estimó razonable que con los recursos que el país dispone se ofrezca atención preventiva, médica y hospitalaria para el grupo de dolencias y enfermedades que más afligen a la población, aplicando para su selección criterios objetivos y solidarios para los grupos más vulnerables.

Respecto del sistema privado de salud y de las Isapres, dijo compartir lo expresado por el representante de Corpusapres, apoyando sus propuestas para modificar la relación y los contratos entre estas instituciones y los usuarios. En especial, las relacionadas con el sistema de licencias médicas en la forma como lo expuso la CUT, el fin de las preexistencias y exclusiones, la eliminación de las diferencias por sexo y edad y la regulación de las prestaciones en redes cerradas. Igualmente, manifiesta su acuerdo con la proposición de crear una sola superintendencia para la salud pública y privada; así como, la eliminación del cheque en garantía para todas las prestaciones.

Agregó que, la falencia más importante de los actuales proyectos de reforma de la salud radica en que en ninguna parte y en forma explícita se refieren al suministro de los medicamentos. Se habla en general de las prestaciones, pero no se menciona si ellas incluyen las medicinas, aunque pudiera deducirse que están consideradas en el caso de las enfermedades catastróficas.

Propuso la utilización de la red privada de cadenas de farmacias y su stock de medicamentos para entregar medicinas a los pacientes, ya que con la gran capacidad de negociación que tiene el Fonasa y por su volumen de compras, sería posible obtener reducciones de precios significativos, tal vez de hasta un 40 por ciento, como lo obtuvo una Isapre cerrada en una negociación reciente. El sistema operaría reduciendo al mínimo las farmacias de los consultorios y hospitales, manteniendo sólo los stock para emergencias. Las recetas autorizadas se entregarían a los pacientes para que sean provistas en la farmacia que elijan libremente, y el Fonasa pagaría la receta directamente y en la proporción que corresponda según la modalidad de que se trate.

Argumentó que este sistema de usar cadenas comerciales de farmacias, se utiliza en la mayor parte de los países europeos y en Canadá, y tiene la gran ventaja de eliminar la existencia de stock de medicamentos en cientos de establecimientos en los que se acumulan ineficientemente, porque no se usan, se vencen y, finalmente, se botan en vertederos de basura, aunque suelen ser recirculados, clandestinamente, en ferias o ventas ambulantes.

Reconoció que existiría un costo adicional para el plan Auge por el hecho de proporcionar medicamentos genéricos a la población, pero cree que deben buscarse fuentes de financiamiento con el objeto de solucionar un grave problema que enfrentan las personas de menores recursos en materia de salud.

En todo caso, precisó que si los medicamentos se incorporan en el sistema público, inevitablemente esta garantía deberá extenderse a los seguros privados.

El señor Gonzalo Simón precisó que las Isapres también están de acuerdo con impulsar una reforma a la salud. Manifestó que el principal objetivo que esta reforma debería tener presente es mejorar el acceso a la atención médica, especialmente de los sectores de menores recursos.

Separó en dos grupos los temas a tratar: el primero de ellos dice relación con las materias que están dentro de la reforma, y el segundo, con aspectos que la reforma no abarca, no obstante ser sumamente importantes. El primer aspecto dice relación con los beneficios. La reforma postula que existen dos tipos de beneficios: los básicos o mínimos y los complementarios. Los beneficios mínimos obligatorios, a su vez, están constituidos por dos grupos de beneficios. El primero de ellos es el régimen de garantías, que sería establecido en su oportunidad de acuerdo con el consejo consultivo y con los recursos que Hacienda tenga en esa oportunidad. El segundo consiste en complementar el régimen de garantías -dado que este régimen no abarca todas las patologías- con las prestaciones que cubre el Fonasa, con lo que se establece una cobertura integral, capaz de resolver todos los problemas de salud que un individuo pueda enfrentar.

Destacó que existe acuerdo en que se constituya un plan básico y en que todos los chilenos lo conozcan. Las Isapres postulan que va a ser útil tanto para el sector público como para el privado. Sin embargo, le parece que este plan básico del régimen de garantías debe ser construido adecuadamente. En este sentido, se debe tener presente, que toda cobertura queda definida por dos aspectos fundamentales: uno, los beneficios que van a ser cubiertos y, dos, los montos que respecto de esos beneficios se cubrirán. En esta cobertura están establecidas correctamente la prevención, la curación, la rehabilitación y el tratamiento de algunas enfermedades catastróficas. Por eso, afirma que en ese sentido existe integralidad.

Sin embargo, se establece que el criterio que define cuáles serán las enfermedades que se irán incorporando son los objetivos sanitarios. Eso lo considera muy importante, estando ciento por ciento de acuerdo en que debería ser así. Pero la ley no establece con claridad que ése será exclusivamente el criterio a través del cual se van a seleccionar las nuevas enfermedades que se vayan integrando. Por lo tanto, queda una debilidad que podría ser utilizada para que, a través del argumento del objetivo sanitario, no se integren aquellas enfermedades más importantes y cuya cobertura la población esté demandando. Por ello, dentro de la ley deberían tomarse los resguardos para establecer que tal criterio es muy importante en la definición de las enfermedades.

Respecto de la cobertura financiera, observó que hay dos aspectos relevantes: uno, la bonificación, esto es, qué monto tendrán que abarcar el Fonasa o las Isapres respecto del valor total de cada prestación y, dos, el monto del copago, esto es, aquello que la persona tendrá que cubrir de su bolsillo. Como el objetivo de la ley es permitir el acceso a la salud, las personas indigentes o pobres no pueden tener un copago para acceder a las prestaciones, sino que deben tener una cobertura del ciento por ciento, porque en cualquier otro caso estarían impedidas de acceder a las prestaciones. Sin embargo, la condición del resto de la población, que hoy es la amplia mayoría en Chile, no es de pobreza ni de indigencia, por lo cual debería establecerse para ella un nivel de copago, puesto que no sería el copago el freno para el acceso. El único estudio vigente, publicado por la Universidad Católica hace algunos años, demuestra que el copago no es un freno para el acceso a las prestaciones. Tal como está construido hoy, ese copago está acotado a un máximo en función del nivel de ingreso de cada persona. Con ello se impide que alguna patología en particular pueda abarcar recursos de la persona, que impidan que ésta pueda acceder a la salud. Por lo tanto, postuló que debería considerarse que el copago no es una limitación para el acceso, salvo para aquellas personas que realmente tienen graves problemas de pobreza.

Agregó que establecida la cobertura mínima, dispuesto el plan básico general para todos los chilenos y determinado que dicho plan es integral y que resuelve todos los problemas que la persona puede enfrentar en algún momento, se podrán construir los

beneficios complementarios. Estos beneficios constituyen el segundo nivel de cobertura. Sin embargo, aseguró que en el proyecto se contemplan una serie de regulaciones respecto de los beneficios complementarios con fines que no aparecen nítidos.

Así es como se establece que en ningún momento se puede dar menos del 25 por ciento de lo que está dispuesto en el propio beneficio complementario. Es por ello, que se preguntó para qué se ponen esas limitaciones si ya se establecieron claramente los beneficios mínimos que en todo momento las personas tendrán vigentes, incluso quienes pertenecen a Isapres. En ese sentido, sostuvo que, deja de tener importancia mantener una regulación muy estricta de dichos beneficios, puesto que la propia cobertura mínima ya resolvió ese problema y, por lo tanto, aquellas inconsistencias que en la actualidad permanecen en la ley, producto de regulaciones anteriores en las cuales no había una cobertura mínima, deben ser eliminadas, a fin de permitir la máxima flexibilidad. Esto lo consideró muy importante para los resultados que se obtengan de la cobertura mínima, puesto que esta amplia libertad permitirá que la creatividad busque las mejores formas de otorgar mejores coberturas, probando dichas formas con la certeza de que las personas siempre podrán acceder a mayores beneficios y aquello que dé excelentes resultados puede ir traspasándose a las coberturas mínimas que están siendo establecidas.

Destacó que, otro tema relevante es el precio y dentro de éste, hay dos aspectos que le llamaron la atención: En primer lugar, el proyecto de ley establece un precio fijado por el Estado respecto de la cobertura AUGE. No se entiende bien el propósito de establecer un precio fijado por el Estado. En la actualidad, existen industrias o áreas de la economía, que son los monopolios naturales, en las cuales se fijan precios. Evidentemente, los monopolios son regulados, pues no hay otra opción. Para ello, se establecen mecanismos técnicos, pero no es el caso de las Isapres. Actualmente, existen más de 11 Isapres comerciales que compiten muy fuerte dentro de ese mercado. Por lo tanto, el único incentivo vigente que tienen es mantener los costos y precios más bajos. Si eventualmente se estableciera una tarifa regulada, se entiende que debería existir un monto respecto del cual se haga el proceso de compensación de riesgos y que ese valor debe ser fijado por el gobierno, puesto que tendrá, en algún momento, un impacto muy fuerte en el funcionamiento y en el presupuesto del Estado. Sin embargo, no es necesario que ese valor referencial sea un precio, ya que éste puede ser totalmente libre. La propia competencia forzaría a que ese precio sea lo más bajo posible.

Asimismo, hizo presente que, tal como lo establece el proyecto de ley, en el comienzo, el precio no tendría ninguna aplicación, pues el precio fijado por el Estado se aplica sólo respecto del AUGE, que es el régimen de garantías mínimas. Agregó que, el producto que las Isapres están obligadas a ofrecer al mercado es la suma del régimen de garantías más la cobertura financiera de la libre elección. Por lo tanto, en la práctica, ese precio no podría ser aplicado, pues las Isapres están impedidas de vender ese producto. Sin embargo, en el largo plazo, es una tremenda amenaza dejar en manos del Estado, sin que haya ninguna necesidad, simultáneamente el precio y el producto.

Acotó que, por otra parte, se habla de establecer precios nivelados, lo cual significa que éstos sean sin diferencia según el riesgo. Actualmente, se cobra lo mismo a un hombre, a una mujer, a un niño o a un adulto mayor. Ésa es una decisión política, respecto de las bondades o no bondades de esa obligación, que tendrá que definir el Congreso y las Isapres asumirán tal implantación, puesto que no es un problema estructural de su funcionamiento. Si no hay diferencia de precios por riesgo, es necesario establecer una compensación, pues, sin la existencia de dicha compensación, habrá una diferenciación respecto de las bondades que tiene cada una de las personas como eventuales clientes. O sea, habría un grupo tremendamente atractivo para las Isapres y, otro, tremendamente malo para las Isapres. Por lo tanto, a aquellos que se trata de beneficiar, terminarán siendo perjudicados. En consecuencia, se debe establecer una compensación.

Una vez que se ha establecido esta obligación de compensar entre uno y otro grupo,

aparece otro problema, señala, pues se modifica de una discriminación por sexo y edad a una discriminación por el tamaño familiar, debido a que se compensa, tal como la ley lo está planteando hoy día, individuo a individuo. Ello significa que toda familia que tenga dos o más hijos, tendrá que aportar fondos por cada hijo adicional y, además, por la mujer sola en edad fértil o por los adultos mayores. Entonces, esto, a la larga, es una especie de impuesto hacia las familias de gran tamaño. Por lo tanto, planteó que se debe establecer una regulación para que no haya diferencias importantes en el precio y analizar bien la compensación de manera de no causar más daño que beneficio.

Otro tema relevante es el de los cotizantes cautivos, es decir, aquellas personas que por su edad o enfermedad no pueden moverse de una Isapre a otra. Las Isapres están de acuerdo con establecer un mecanismo para proteger a esas personas, ya que, muchas de ellas, no se pueden cambiar de Isapre ni buscar el mejor precio. Por lo tanto, se requiere un mecanismo en que el precio que dichas personas deban enfrentar esté regulado por la autoridad de una manera más liviana, a fin de que no enfrenten alzas importantes. Sin embargo, dentro del sistema debe estar estipulado que ello sea una regla objetiva, establecida a priori y administrada por una entidad absolutamente autónoma, como por ejemplo, una universidad, con el objeto de que ésta mida las variaciones de los costos reales que se efectúan para que dicho método sea aplicado de la manera más pragmática posible.

Por otra parte, mencionó que hay aspectos muy relevantes que no están contemplados dentro de la ley, como por ejemplo, la libertad de elección del sistema de salud. En la actualidad, el 80 por ciento de los chilenos no tiene la posibilidad de escoger entre los sistemas público y privado. Estimó que los recursos existentes en el país permiten que todos los chilenos puedan tener la opción de escoger. Expresó que Chile gasta al año entre 200 y 300 mil millones de pesos en un régimen muy importante por los recursos, en el cual todos los participantes están molestos con el funcionamiento de dicho sistema y en donde se le llama subsidio, no obstante es un seguro, al 7 por ciento que paga cada una de las personas. Los fondos de la propia cotización de cada individuo son los que se gastan en el subsidio por incapacidad laboral. Entonces, se debe realizar una efectiva integración de los sectores público y privado. Actualmente, son tremendamente importantes las inversiones requeridas para obtener una alta tecnología, a fin de tener acceso a una buena medicina. El hecho de mantener compartimentos estancos -por un lado, el sector público prestador y, por otro lado, el sector privado prestador- impide que los sectores puedan desarrollarse de la mejor forma posible e impide acceder a las personas del sector privado a los buenos resultados del sector público y a las personas del sector público a los buenos resultados del sector privado.

Planteó, por último, que la prevención es un tema que se menciona y discute mucho. El proyecto de ley no contempla mecanismos para incentivar efectivamente a las personas para hacer uso de los mecanismos preventivos. La gratuidad, como se demuestra actualmente en el sistema vigente de las Isapres, no es un mecanismo que incentive a las personas para hacer uso de la medicina preventiva. Por lo tanto, se debe buscar un mecanismo mucho más fuerte que la sola gratuidad.

El señor David Peralta expresó que cuando se habla de subsistema privado es fundamental entender que existen, por una parte, las Isapres, instituciones que como aseguradoras pertenecen al sistema financiero y, por otra, los prestadores de servicios de salud, que son responsables de las acciones de salud.

Hizo presente que los prestadores privados no sólo atienden a pacientes afiliados a las aseguradoras, sino también a aquellos beneficiarios de Fonasa en su modalidad de libre elección y a particulares que no tienen previsión en salud. Informó que, del total de instituciones prestadoras, la gran mayoría corresponde a micro, pequeñas o medianas empresas, cuyos “empresarios” son mayoritariamente profesionales de la salud y en cuyos centros se atiende a más del 70 por ciento de la atención primaria y secundaria privada.

Este gran sector de prestadores, afirmó, ha tenido un rol fundamental no sólo en lo

curativo, sino también en su acción rehabilitadora y en los procesos de difusión del autocuidado de la salud por parte de la población, además de su accionar preventivo, evitando o disminuyendo el número de pacientes hacia el nivel terciario, asimismo, cumplen un papel fundamental en resolver los problemas de oportunidad y acceso a la atención primaria y secundaria de salud.

Agregó que, en los últimos años, las instituciones prestadoras de salud del sector privado, independientes de las aseguradoras, las llamadas Pymes de la Salud han sufrido el accionar arbitrario del poder de las Isapres, quienes en forma unilateral y sin justificación sanitaria alguna han caducado los contratos que por años tenían con prestadores de servicios de salud. Esta medida monopólica obliga a sus afiliados a recurrir a los servicios creados o vinculados a ellas y castigan de manera económica con un alto copago a los pacientes que optan por atenderse en los servicios de su propia elección, léase integración vertical.

Señaló que, las Isapres exigen libertad para que los trabajadores elijan el sistema donde canalizar sus cotizaciones de salud, pero a su vez coartan la libertad de éstos para elegir a los prestadores de servicios de salud.

En resumen, planteó que se termina con el derecho a la libre elección; se atenta contra la libre competencia entre prestadores; se legaliza el monopolio de las Isapres; se pone en riesgo la ética profesional; se termina con la relación médico-paciente, transformándose ésta en una relación empresa-paciente y, a corto plazo, se termina con el libre ejercicio de la profesión.

Rechazó todo intento por terminar con la libertad que debe tener el paciente para elegir a sus profesionales, y el intento por terminar con el libre ejercicio de la profesión y la autonomía que éstos deben tener para resolver libremente los problemas de salud de sus pacientes.

### **III. IDEA MATRIZ Y FUNDAMENTAL DEL PROYECTO**

Consiste en complementar las reformas propuestas en el proyecto sobre Régimen de Garantías en Salud, para asegurar la adaptación del sistema Isapre a los cambios que propone dicho proyecto en lo relativo a las modificaciones a los contratos de salud, tanto respecto a los beneficios obligatorios, es decir, el Régimen de Garantías de Salud y las prestaciones y beneficios del arancel Fonasa en su modalidad libre elección, como a los beneficios del plan complementario, de manera que se efectúen obligatoriamente y para todos los afiliados a las Isapres.

### **IV. ANTECEDENTES GENERALES**

Las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) fueron creadas en el año 1981. En estas dos décadas se ha producido un vigoroso crecimiento de la industria sanitaria y aseguradora privada.

Como se especifica en el Mensaje, a diciembre de 2001, el sistema de instituciones de salud previsional contaba con 22 Isapres, de las cuales 14 son abiertas y 8 son cerradas. Todas éstas otorgan cobertura a cerca de 2,941 millones de beneficiarios, es decir, aproximadamente a un 19,5% de la población del país. De ellos 1,295 millones son cotizantes y 1,646 millones son cargas.

A la misma fecha, la cotización promedio mensual devengada alcanza aproximadamente a \$ 44.300, lo que representa, en promedio, un 9,2% de la renta imponible de los afiliados. La distribución de los cotizantes por quintiles de ingresos muestra que éstos pertenecen en un 58% a los quintiles superiores, IV y V; no obstante, un 7,2% también proviene del quintil de menores ingresos.

La distribución por sexo de los cotizantes del sistema muestra un 65,4% de hombres y un 34,6% de mujeres, lo que es similar a la distribución por sexo de la fuerza de trabajo

nacional.

La distribución por edad de los cotizantes muestra que su edad promedio es de 40,2 años donde, aproximadamente, un 5,4% son adultos mayores. Sin embargo, el porcentaje de población de adultos mayores del país que son beneficiarios del sistema alcanza al 8,4% del total. Este dato muestra, según el Mensaje, la dificultad de los adultos mayores para permanecer en el sistema de Isapres.

Las Isapres están obligadas a generar planes de salud de acuerdo a la cotización obligatoria de salud, que actualmente corresponde al 7% de la renta imponible. Al mismo tiempo, están facultadas para revisar los contratos de salud que correspondan, pudiendo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de sus beneficios. Esto genera incluso planes que exigen de los afiliados un pago adicional, planes cuyo precios reconocen actualmente el gasto esperado por cada beneficiario, dando origen a la discriminación.

Se argumenta en el Mensaje que esta discriminación de precios, que se manifiesta, además, en la generación de planes de salud de baja cobertura -problema abordado en el proyecto de ley que sancionará al Régimen de Garantías de Salud- no obedece a criterios conocidos por la población, ni existe, a su respecto, posibilidades de control ni sanción.

Todo lo anterior ha permitido la creación de los miles de planes de salud vigentes. A diciembre de 2001, las Isapres informaron más de 30.000 planes a la Superintendencia del ramo; en ellos al menos existe un afiliado. Además, se comercializan anualmente unos 10 mil nuevos planes.

Se señala en el Mensaje que los problemas de transparencia y confianza que esto ha generado es de público conocimiento, y ha sido reconocido tanto por encuestas de opinión pública, como las realizadas por Adimark para la Superintendencia de Isapres, como por el Acuerdo de la Cámara de Diputados de enero de 2001, relativo a los cambios necesarios en el sistema Isapre.

Se recalca en dicho documento que, si bien los ingresos de las Isapres han aumentado constantemente a través del tiempo, sus costos operacionales, sin embargo, han crecido a una tasa mayor, desde un 74,8% de los ingresos operacionales en 1990, hasta 83,5% en 2001, explicado principalmente por el aumento en el costo total de las prestaciones.

Se concluye que todas estas situaciones no hacen más que reafirmar que en nuestro país se ha dado lugar a la existencia de un sistema privado que se orienta hacia la población de mayores ingresos, generando una desigual distribución de la población protegida entre el Sistema Público, representado por el Fonasa, y las Isapres.

## **V. OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO**

Los principales objetivos que tiene la iniciativa son enumerados a continuación:

- 1) El Régimen de Garantías de Salud y las prestaciones y beneficios que Fonasa otorga en la modalidad libre elección deberá otorgarse por todas las Isapres a un mismo precio a todos los beneficiarios, sin diferencia de sexo y edad. Se propone limitar el alza de precios de los contratos de cotizantes cautivos, sujetándolo a un índice máximo definido por la Superintendencia respectiva.
- 2) Las Isapres deberán mantener el contrato -de carácter indefinido- por un mínimo de tres años, pudiendo modificarse el precio del plan de salud que contenga el plan Auge, las prestaciones del Fonasa y los beneficios complementarios que los afiliados contraten sólo cada tres años, una vez que se defina el valor -prima universal- del régimen de garantías del plan Auge.
- 3) Garantizar a los beneficiarios del sistema Isapre el acceso a las atenciones de salud en el período inmediatamente posterior a la muerte del cotizante, manteniendo el contrato vigente por un período mínimo de un año.

- 4) Garantizar a quienes han sido beneficiarios de una Isapre y que, a raíz de sus antecedentes de salud, no son admitidos por la misma institución como titulares de un contrato cuando comienzan a percibir ingresos, que lo serán.
- 5) Permitir que los afiliados puedan cambiarse de Isapre en caso de que el registro de la Isapre en que cotizan haya sido cancelado, sin establecer restricciones para su afiliación.
- 6) Uniformar los aranceles utilizados para determinar el financiamiento de las atenciones de salud, avanzando hacia un arancel único para el sistema Isapre.
- 7) En relación con las facultades de la Superintendencia: a) permitirle su intervención ante situaciones financieras deficitarias o complejas que afecten a las Isapres y que puedan poner en riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios; b) contar con mayores niveles de confiabilidad de la información financiera-contable de las instituciones; c) intervenir en aquellos traspasos de cartera que se producen con motivo de ventas, fusiones y, o absorciones entre las empresas fiscalizadas; d) permitir conocer los hechos relevantes que afectan, o pudieran afectar, a las Isapres; e) conocer los prestadores que las Isapres utilizan para otorgar sus beneficios, f) establecer exigencias a los convenios que suscriban con dichos prestadores y controlar las alzas de precios en los cotizantes “cautivos”; g) controlar a los agentes de ventas de las Isapres, y h) aplicar multas de hasta 1.000 unidades de fomento.

El proyecto está dividido en tres artículos permanentes, el primero de ellos con veinte numerales.

## **VI. DISPOSICIONES LEGALES QUE EL PROYECTO MODIFICA**

La ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) pueden organizarse como sociedades anónimas, cooperativas, fundaciones y corporaciones de derecho privado sin fines de lucro. En la práctica, se han constituido las Isapres abiertas que reciben como afiliados a cualquier persona independientemente de su calidad laboral y de su empleador y las Isapres cerradas que se han organizado por y para grupos cerrados de trabajadores. Existen también Isapre cuya propiedad pertenece a médicos-cirujanos, siendo las normas legales obligatorias por igual a todas ellas.

La afiliación a una Isapre es un acto voluntario del interesado, quien elige la institución a la cual desea incorporarse conviniendo con ésta la celebración de un contrato escrito que contiene los derechos y obligaciones de las partes. En el contrato de Salud deben consignarse las prestaciones y beneficios pactados, incluyendo los porcentajes de cobertura y los valores sobre los cuales se aplicarán, el precio del plan y las restricciones a la cobertura que se aplican a las “enfermedades preexistentes declaradas” y las exclusiones permitidas.

Los contratos de Salud deben ser pactados por un tiempo indefinido y no pueden dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por mutuo acuerdo o por incumplimiento de las obligaciones contractuales. El cotizante puede desahuciar el contrato una vez transcurrido un año de vigencia.

Las Isapres tienen la facultad para revisar anualmente los contratos de Salud y adecuar sus precios, las prestaciones convenidas y el monto de sus beneficios, siempre que no importen discriminación entre afiliados a un mismo plan. Las Isapres deben ofrecer al afiliado otros planes alternativos, en condiciones equivalentes, para el caso que éste no acepte las adecuaciones que la institución desee practicar. El nuevo valor del plan debe mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original.

El principio inspirador de la industria es la libre competencia que ha permitido que el mercado de las Isapres esté conformado por 23 instituciones, de las cuales 15 son abiertas

y 8 son cerradas, cubriendo una población beneficiaria de 3,1 millones de personas.<sup>5[5]</sup>

Las Isapres han incrementado la demanda de prestaciones médicas, lo que ha originado el desarrollo de diferentes proyectos de inversión que se han concretado en numerosos centros médicos y laboratorios.<sup>6[6]</sup>

## **VII. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS O FINANCIEROS**

El informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos señala que el proyecto perfecciona el funcionamiento de las Isapres y permite alcanzar mayores niveles de solidaridad y equidad en el sector, limitando las alzas de precios de los planes ofrecidos y transparentando la actividad de los agentes de venta, todo lo cual no representa costo fiscal.

El fortalecimiento de las facultades de la Superintendencia de Isapres se realizará con cargo a reasignaciones en el presupuesto anual de la partida Ministerio de Salud.

En consecuencia, el proyecto no presenta costo fiscal para el año 2002.

## **VIII. DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL DEL PROYECTO**

El señor José Pablo Gómez, superintendente de Isapre basó su exposición, en relación con el proyecto en informe, en un documento denominado “Propuestas para el Perfeccionamiento del Sistema de Instituciones de Salud Previsional”, julio de 2002, que hizo entrega a la Comisión, con información estadística relevante relativa a la situación de los afiliados a las Isapres.

Expresó que, a diciembre de 2001, el sistema de Isapres contaba con 22 instituciones inscritas y habilitadas para ofrecer planes de salud, y que se financiaban con la cotización obligatoria del 7%. De estas 22 instituciones, 14 eran abiertas, es decir, disponibles para todo público, y 8 eran cerradas, es decir, pueden afiliarse a ellas sólo el personal de una empresa determinada. Agregó que estas Isapre entregan protección a cerca de 2.900.000 personas. A diciembre, eran 2.941.000 personas. A mayo, unas 2.900.000 personas, que representan cerca del 19,5% de la población de país. De ellos, poco menos de 1.300.000 son cotizantes y el resto son sus cargas, es decir, sus beneficiarios.

Precisó que la renta promedio de los afiliados a Isapre es cercana a los 460.000 pesos, y la cotización mensual, que es la que se construye a partir de la cotización obligatoria del 7%, más lo que las personas voluntariamente aportan, alcanza aproximadamente a los 45.000 pesos mensuales, lo que representa cerca de un 9,7%.

Señaló que, en cuanto a las características de los beneficiarios por sexo, un 65,4% de los cotizantes son hombres y el resto son mujeres, lo cual es bastante similar a la distribución de esos géneros en la fuerza laboral. Sobre el particular, agregó que la cotización que pagan es ligeramente distinta, fundamentalmente, por el tamaño de la familia al que están asociados hombres y mujeres, siendo un 9,8% la cotización que promedia para los hombres y 9,6% para las mujeres. En promedio, los cotizantes tienen una edad de 40,2 años y sólo el 5,4% de estos beneficiarios son adultos mayores.

Afirmó que, en la práctica, actualmente existe una infinidad de planes en el sector salud, lo que para las personas representa una serie de problemas de transparencia y comprensión. Entre esos planes, que según lo estimado se implementan a una tasa de aproximadamente 10 mil al año, hay una cierta “mortandad” de planes, pero cerca de 10 mil aparecen cada año, los cuales tienen las siguientes características: el 65% son individuales, el 29% son negociados colectivamente y un 6% son planes matrimoniales. Cada uno de ellos tiene una cotización promedio distinta. El 90% de estos planes combina la modalidad conocida como libre elección -modalidad reembolso, en la cual las personas consumen un servicio médico, piden la boleta y después la reembolsan en la Isapre- con la elección de

usar prestadores preferentes o en convenio, es decir, alguna clínica o centro médico que esté asociado con la Isapre para la oferta de ese plan en particular.

Destacó que en los últimos años este sector tuvo una tendencia a la reducción, pasando de 34 Isapre al comienzo de la década de los noventa, hasta las 23 que actualmente existen.

Indicó que, en términos de concentración, seis Isapre -Consalud, Banmédica, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross, Más Vida y Cigna Salud- representan cerca del 75% de los beneficiarios y un porcentaje similar de los ingresos de todo el sistema de Isapres.

Expresó que, en una perspectiva histórica, en 1997, los beneficiarios del sistema de Isapres llegaron a ser tres millones 900 mil. A partir de lo cual, se ha producido una disminución hasta llegar, actualmente, a dos millones 900 mil. Al respecto, la Superintendencia estima y justifica este decrecimiento fundamentalmente por las fluctuaciones que hubo en el empleo y desempleo y, por otro lado, está el fenómeno de encarecimiento de los planes, sostenido especialmente por los incrementos de la siniestralidad, o sea, en los costos que tiene el sistema. De hecho, la siniestralidad, que a comienzo de la década de los noventa era cerca del 74,8% de los ingresos operacionales del sistema, en la actualidad representa cerca del 83,5%.

Afirmó que la Superintendencia, en su labor no sólo reguladora, sino de atención a público, atiende consultas y reclamos de los beneficiarios. Durante el 2001 recibió casi 4.500 casos de reclamos escritos en contra de las Isapres, siendo los temas más frecuentes las licencias médicas, la adecuación anual y los términos de contrato. Sin embargo, si se suma a esto las consultas telefónicas o por medio de la “web”, se llega a casi 60 mil consultas y reclamos al año.

Informó que, sucesivas encuestas que se han realizado para saber las percepciones de los afiliados -particularmente dos realizadas por Adimark en los años 2000 y 2001, bajo contrato con la Superintendencia- han arrojado una serie de problemas por parte de los beneficiarios respecto de estas instituciones. En primer lugar, la gente destaca la falta de transparencia en el mercado, originada principalmente por la multiplicidad de planes y la asimetría de información que existe entre las Isapres y los afiliados. Fundamentalmente, la gente opina que no conoce toda la información que las Isapres tienen para poder configurar un plan, por lo que se le dificulta tremendamente el uso de los planes de salud. Por consiguiente, los afiliados no tienen toda la información requerida para tomar decisiones, ya sea porque las reglas de cobertura son complejas o porque no manejan todos los precios, los aranceles y los topes que están involucrados en estos planes. Como en el sistema de Isapres no existe una cobertura básica o estándar que fije un piso de lo que los planes deben ofrecer, los beneficiarios también se enfrentan a una gran incertidumbre cuando tienen que hacer uso de los beneficios, razón por la cual se les genera y mantiene en una situación de desprotección de su salud por parte de sus propias Isapre.

Sostuvo que el sistema de Isapres genera expectativas de mejor cobertura que el sector público, pero el costo que se ha debido pagar para ello, se diferencia por riesgo, en el sistema, de las distintas personas que se afilian. Se observa que esta diferenciación de riesgo posibilita la tarificación distinta para las personas que están en el sistema de Isapres, lo cual se expresa claramente en los precios de los planes de las mujeres en edad fértil y de los adultos mayores, ya que son mucho más altos que los precios de los planes de los hombres jóvenes. De acuerdo con estimaciones que realizó la Superintendencia, a partir de las tablas de riesgo que utilizan las Isapres, se ha establecido que si un hombre joven tiene un valor referencial de uno, un adulto mayor de 75 años puede llegar a tener un valor referencial de ocho y una mujer, de tres o tres y medio. Lo anterior genera en las personas una sensación de gran discriminación por parte de las Isapres.

Señaló que hay otros aspectos igualmente importantes de destacar. En primer lugar, las Isapres no aparecen respondiendo con claridad a las situaciones económicas que las aquejan por la mayor siniestralidad o los avatares de la economía. La gente no sabe cómo

las Isapres van a reaccionar frente a una situación de pérdida o de falta de liquidez, lo cual, genera en las personas una gran preocupación cuando la Isapre se encuentra afectada a riesgo de quiebra, pues perciben que los beneficios serán postergados o tendrán que abandonar la Isapre escogida, sin nada que hacer al respecto. A modo de ejemplo, mencionó lo acaecido a principios de año con la Isapre Promepart, lo cual fue de público conocimiento. Incluso, algunos parlamentarios manifestaron directamente su preocupación respecto de este tema, dado que la Isapre que aparecía con unas pérdidas de 800 millones de pesos, después de una auditoría más exhaustiva por parte de la Superintendencia, apareció con pérdidas por aproximadamente 3.300 millones de pesos. Si no hubiera tenido patrimonio suficiente, la Isapre habría quebrado casi instantáneamente. Todos los afiliados de esa Isapre -que tenía una tasa baja de reclamos- rápidamente reaccionaron frente a eso. Por lo tanto, se configura una situación de cierta inestabilidad de los beneficios para los afiliados de las Isapres.

Manifestó que, por otro lado, hay una situación importante que ha afectado al sistema de Isapres, y es que, de algún modo, éstas no se han hecho totalmente cargo de los problemas de salud de sus afiliados. El hecho de que no exista la prevención suficiente para los problemas de salud que aquejan a la población afiliada a las Isapres, es de público conocimiento, cuestión que también se habría discutido en la Comisión de Salud.

Dijo que, en esta perspectiva, se proponen una serie de cambios a la ley de Isapres, contenidos tanto en el proyecto de ley que crea el Régimen de Garantías en Salud, radicado en la Comisión de Salud, como en el proyecto de regulación de Isapre objeto de este informe.

El señor Osvaldo Artaza complementó la exposición precedente señalando que lo que el Ejecutivo busca a través de esta modificación legislativa es incorporar a las Isapres a una lógica sanitaria y hacerlas participar de una política pública de carácter sanitario, la cual está definida en el régimen de garantías y que será obligatoria para todos los chilenos. A partir de esa base, y considerando el proyecto que se está discutiendo en la Comisión de Salud, el Ejecutivo establece un sistema para ajustar los riesgos de las carteras que tienen las Isapres y Fonasa, de tal manera de evitar el problema que tienen los seguros cuando están desregulados y pueden descremar o hacer una selección adversa de riesgo, sin que haya la compensación que genere los incentivos para que, en este caso, cada Isapre se pueda hacer cargo integralmente de su población beneficiaria.

Por lo tanto, afirmó el ministro Artaza, se estudiarán modificaciones regulatorias complementarias a esta nueva lógica. La reforma no busca destruir la industria, sino colocarla al servicio de políticas públicas construidas a partir del gran debate que se está realizando en el Parlamento. En primer lugar, las materias que considera el proyecto dicen relación con los agentes de ventas, quienes son intermediarios en la práctica de las decisiones que toman las personas y, por lo tanto, su definición y regulación son necesarias. En segundo lugar, es importante establecer con mayor claridad la definición de cautividad, de tal manera de consagrar un estatuto especial de protección para aquellos cotizantes que, por razones de edad o salud, puedan verse impedidos o restringidos en su posibilidad de contratar otra institución de salud previsional y, en consecuencia, verse forzados a aceptar las adecuaciones que le propongan las Isapres a las que se encuentran afiliados para no ser expulsados del sistema privado de salud.

Además, sostuvo que en el artículo 3° de la ley N° 18.933 se establece como una forma de colaborar con la transparencia del sistema de Isapres la existencia de un arancel único y obligatorio para todas las instituciones, que contemple las prestaciones incluidas en el arancel de Fonasa, en su modalidad de libre elección y que sea elaborada por la Superintendencia de Isapres.

En consecuencia, se tendrá un régimen de garantías regulado, ya que hay una prima común para el sistema público y privado. Pero además, se establece un arancel para las demás prestaciones que el Fonasa da a sus beneficiarios. Esto se traduce en que las Isapres tendrán un paquete regulado que va a estar conformado por el régimen de garantías más esta

porción de prestaciones que incluye el arancel Fonasa, más allá del régimen de garantías. En la actualidad, la multiplicidad de aranceles no sólo dificulta considerablemente el conocimiento y la comprensión por parte de los usuarios, sino además el ejercicio de las funciones de supervigilancia y control de la Superintendencia. No se quiere afectar el mercado, sino colaborar a una mejor transparencia y simetría entre el prestador de los seguros y el consumidor de seguridad. Entre más asimétrico es el sistema, más problemas de información existen y mayores imperfecciones se producen. Todo ello se traduce en una ciudadanía descontenta y en reclamos e impopularidad del sistema. Por lo tanto, la intención es perfeccionar un sistema que se consolide, legitime y realice una buena labor para sus beneficiarios.

Asimismo, el proyecto dota a la Superintendencia de la facultad de elaborar índices de estadística y de estudio relativos a las instituciones y al sistema privado de salud como una forma de colaborar con la transparencia del sistema. La reforma en este proyecto reconoce expresamente la posibilidad de que las Isapres transfieran la totalidad de los contratos de salud, otorgando a la Superintendencia facultades para regular la forma en que deben efectuarse dichas transferencias y para aprobar las operaciones de esta naturaleza que efectúen las Isapres. Resguarda los derechos y obligaciones que emanan de los contratos cedidos y el derecho de los afiliados a oponerse a dicha transferencia, impidiendo que éstos se vean afectados con otras restricciones distintas a las que se encontraban en curso o con la exigencia de una nueva declaración de salud. Lo anterior es relevante cuando el mercado es dinámico, cuando se producen fusiones y movimientos propios de una economía dinámica. Por lo tanto, el objetivo no es impedir el dinamismo de la economía, sino resguardar los necesarios intereses de los usuarios.

Asimismo, el proyecto diseña un esquema de auditorías externas a la industria de los seguros privados de salud, de acuerdo a los parámetros más exigentes de la industria nacional, que corresponden a las sociedades anónimas abiertas, y confía atribuciones a la Superintendencia respecto de estos auditores, a fin de que en otras materias pueda requerir informes específicos e impartir instrucciones respecto al contenido de los mismos.

El proyecto también trata sobre las garantías que las Isapres deben mantener ante la Superintendencia. Actualmente, corresponde a un mes de cotizaciones, pero dicho concepto se cambia dado que se exigirá que sea equivalente -como es lógico y racional- al monto de las obligaciones que la institución mantiene con sus cotizantes por concepto de subsidios por incapacidad laboral, de bonificación y reembolso y de toda otra obligación derivada.

Por otra parte, el proyecto busca uniformar los aranceles de las instituciones de salud, avanzando hacia un arancel para todo el sistema de Isapres. La normativa legal vigente contempla la libertad de las instituciones para configurar y valorizar sus aranceles. Éstos permiten que los ciudadanos puedan comparar entre una y otra. Por lo tanto, para la transparencia del sistema es clave tener aranceles referenciales que puedan ser comparables unos con otros; es decir, los listados de prestaciones que se utilizan para determinar el financiamiento de la atención de salud, con la única limitación de que éstos contengan, a lo menos, las mismas prestaciones contempladas en el arancel del Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de libre elección.

Otro aspecto de la ley N° 18.933 que se modifica es que, actualmente, en el caso de los subsidios por incapacidad laboral, los trabajadores afiliados a una Isapre y sus empleadores pueden reclamar ante la Compín por el cálculo del subsidio por incapacidad laboral y en contra de las resoluciones de las Isapres que aprueban, rechazan o modifican una licencia médica. A su vez, de lo resuelto por la Compín se puede reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, desde el momento en que los servicios de salud y las Isapres, al autorizar las licencias médicas y otorgar los subsidios por incapacidad laboral, desarrollan una labor de índole previsional. En consecuencia, los trabajadores afiliados a una Isapre disponen de tres instancias en el proceso de autorización de una licencia médica y pago de subsidio. Por el contrario, los trabajadores que cotizan en el Fondo Nacional de

Salud (Fonasa) sólo tienen dos instancias: Compín y Superintendencia de Seguridad Social. Por lo tanto, este proyecto busca uniformar los procedimientos.

Siguiendo con las modificaciones propuestas a la ley N° 18.933, está la finalidad de impedir que las Isapres suban los precios de los planes de salud de los cotizantes cautivos por sobre un índice que al efecto establecerá la Superintendencia. Este índice deberá contemplar, a lo menos, el cambio en el costo de las prestaciones de salud, el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas, el cambio en el gasto derivado del uso del subsidio por incapacidad laboral y el cambio del ingreso operacional de las Isapres. Éste es un tema muy sensible, dado que no puede haber incentivos para que las instituciones de salud previsional discriminen a los cotizantes cautivos. Debe haber un incentivo en el sentido contrario, es decir, para que las Isapres se hagan cargo integralmente de esas personas. Por lo tanto, lo que se está generando son incentivos compatibles con la instalación del régimen de garantías en salud. En esa misma línea, está la norma que establece los efectos que para los beneficiarios tiene la muerte del cotizante. El principal efecto es el término del contrato de salud y consecuentemente el desamparo previsional en que quedan quienes aparecen identificados como cargas en los contratos. La iniciativa garantiza a los beneficiarios su permanencia en la Isapre en las mismas condiciones a lo menos por un año y el acceso a las atenciones de salud en el período inmediatamente posterior a la muerte del cotizante.

Para promover un control preventivo sobre las instituciones fiscalizadas, se introduce la obligación de las instituciones de comunicar al organismo fiscalizador todo hecho o información relevante para fines de fiscalización.

Finalmente, terminando con las modificaciones que se introducen a la ley N° 18.933, se incorpora al sistema la posibilidad de transferir la totalidad de los contratos de salud como una operación autónoma y no como consecuencia de una fusión, que es lo que ocurre hoy. Además, se otorga a la Superintendencia las facultades de aprobar estas operaciones -atribución con la que no cuenta en la actualidad- y de regular, a través de instrucciones generales, la forma en que se deben efectuar las transferencias. La norma resguarda los derechos y obligaciones que emanan de los contratos cedidos y el derecho de los afiliados a oponerse a dicha transferencia, impidiendo que éstos se vean afectados con otras decisiones distintas a las que se encontraban en curso frente a la exigencia de una nueva declaración de salud.

Se fortalece la capacidad sancionadora de la Superintendencia por la vía de aumentar el monto máximo de las multas y sancionando la reiteración con un agravamiento de las sanciones. También en materia de control preventivo, se dota a la Superintendencia de facultades para que intervenga ante situaciones financieras deficitarias o complejas que no configuran en sí mismas causales de cancelación del registro, pero que pueden poner en grave riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios. De esta forma, la autoridad fiscalizadora contará en forma oportuna y concreta con la información relevante para resguardar el cumplimiento de los contratos y adoptar las medidas adecuadas para el logro de sus objetivos.

Se incorpora un nuevo requisito para solicitar la cancelación del registro, consistente en que la Isapre previamente debe transferir su cartera, evitando con ello que los cotizantes y beneficiarios sean traspasados automáticamente al Fonasa. Por último, se otorga a los cotizantes de la institución cuyo registro ha sido cancelado el derecho a incorporarse a la institución de salud previsional que elijan, la que se encuentra obligada a recibirlos. En consecuencia, las instituciones privadas restantes deben asumir, si así lo estiman los beneficiarios, la cartera de la Isapre cuyo registro se haya cancelado. Todo esto va en consonancia con lo que se está tratando en la Comisión de Salud, en la cual se está modificando a las instituciones de salud previsional en cuanto van a tener que dar a todos sus afiliados el régimen de garantías de salud.

Los representantes de las Isapres sugirieron algunas correcciones al proyecto sin variar esencialmente el esquema propuesto. En cuanto a definir el beneficio obligatorio, éste

debería comprender al Auge, pero con precio libre aunque nivelado por sexo y edad. Sería libre porque la Isapre lo puede fijar, pero lo tiene que fijar en forma pareja por sexo y edad. No consideraron un problema que exista un precio libre en la medida en que va a ser un estándar conocido y sujeto a competencias. Sostuvieron que esto no implicaba que se tenga que fijar necesariamente el valor de la prima universal, que representaría el valor del Auge para efectos de la compensación. Entienden que el consejo del Auge tiene que fijar su valor para compensar. No se puede compensar en base a precios libres, sino en base a un precio acordado y fijado. Por ello, las Isapres proveen un plan complementario que comprende, como mínimo, la cobertura financiera Fonasa libre elección y los subsidios por incapacidad laboral con un precio libre. Este esquema lo estimaron que sería mucho más simple para el afiliado, porque la cobertura financiera de Fonasa libre elección es un monto en dinero por prestación. Por lo tanto, plantearon que eso sea el mínimo del complementario.

Consideraron que este aspecto sería independiente de la modalidad de las prestaciones, con lo cual se puede garantizar que aquéllas que sean complementarias tendrán la opción de libre elección. Es decir, cualquiera que sea la modalidad, la persona podrá recibir en el plan complementario esta cobertura financiera de Fonasa libre elección.

Otro tema que estimaron relevante es el de la vigencia y adecuación de los precios. En términos de vigencia, los contratos siempre han sido indefinidos, sostuvieron. Así lo contempla actualmente la ley. Por lo tanto, el tema se reduce a la adecuación de los precios, es decir, cada cuánto tiempo se pueden modificar los precios y en qué condiciones. El proyecto plantea que las adecuaciones de precio y las desafiliaciones sólo se puedan hacer cuando se cambia el Auge, lo que en teoría sería cada 3 años. El tema de las adecuaciones de precio es quizás el más importante. Señalaron dichos personeros que el superintendente de Isapres mostró cifras, que comparten, acerca del incremento del costo tanto en prestaciones como en precio. Si se hiciera una serie y se dividiera por el número de beneficiarios, desde 1990, con los datos de la propia Superintendencia, se concluye que ese año el gasto por beneficiario -lo que el superintendente llamó siniestralidad, es decir, subsidios más prestaciones de salud- era en promedio de 100 mil pesos al año. En 2001 se llegó a un promedio de 200 mil pesos por beneficiario. O sea, tanto el gasto por bonificaciones como el de subsidios por beneficiario se ha venido incrementando sistemáticamente. Incluso, en 2000 era 180 mil pesos. Es decir, en el último año subió de 180 mil a 200 mil pesos. En pesos de 2001, o sea, en moneda comparable. Entonces, dado el incremento de los gastos, es fundamental tener una adecuación de precios. El sistema no resiste acumular muchas adecuaciones de precio. El patrimonio total del sistema es de 67.000 millones de pesos. Si se divide eso por lo que hoy se gasta en prestaciones, 586 mil pesos por beneficiario, da 11,4% para 2001. Si el gasto en prestaciones del sistema de Isapres creciera en 11,4% por año, sin que se reajustaran los precios, absorbería completamente el patrimonio de toda la industria de Isapre, lo que a la larga significa una quiebra. O sea, contratos de seguro indefinidos y con precio fijo no existen en ninguna parte del mundo; o tienen adecuaciones o no son indefinidos. Por lo tanto, una definición de revisión de precios es fundamental.

Por otra parte, aseguraron que el período de 3 años constituye una limitación a la libertad del afiliado, ya que sólo podría desafiliarse después de transcurrido ese lapso. Además, concentra la actividad comercial, porque el proyecto dice que sólo se podrían hacer adecuaciones 6 meses después de publicado el decreto que cambia el Auge. Habría una gran concentración de la actividad comercial que consideran peligrosa. En general, sugieren una adecuación de precios y desafiliación al aniversario del contrato, pero cada 2 años. Esto es mantener el esquema actual, que es una fecha conocida, el aniversario del contrato, pero cada 2 años, para repartir la actividad a través del año, y no concentrarla toda en un solo período. Hoy existen contratos anuales y de dos años. Afirmaron que han tenido una buena experiencia con estos últimos. Además, proponen que, adicionalmente, los planes se puedan modificar los años en que se modifique el Auge.

En cuanto a las adecuaciones, también plantearon que es importante eliminar la obligación que hoy existe para ofrecer un plan alternativo, con beneficios menores para cuando la persona no puede pagar el precio, para los casos que tienen beneficios mínimos. Si el contrato va a establecer por disposición legal un beneficio mínimo, no se puede ofrecer algo menos que el mínimo. Entonces, hay una disposición que obliga, si la persona no quiere el alza de precios, a bajar los beneficios. Esto no se debería poder hacer.

Respecto del aumento de precios a los cotizantes cautivos, indicaron que el proyecto define como cautivos a los afiliados que, por edad o salud, no se pueden cambiar de Isapre. Lo que ocurre en realidad es que no hay otra Isapre dispuesta a recibirlos. Ésa es la definición. En eso está bien el proyecto. El problema de una definición de este tipo es que ella no puede operar a priori para que sirva como regla para la adecuación de los contratos. O sea, no se pueden identificar todos los diagnósticos que hacen a las personas cautivas; los principales, probablemente sí, pero siempre quedará un grupo de personas en situación dudosa, ya que a lo mejor, con el mismo diagnóstico, hay alguna Isapre que sí esté dispuesta a recibirlo. Quizás una Isapre afilie hasta tal edad y otra hasta una edad diferente. El problema es cómo aplicar una regla a priori, si no se sabe si efectivamente son cautivos o no.

El proyecto también propone que el alza de precios sea igual a un índice que fije el superintendente en base a factores históricos, tanto de costos como de ingresos. En cierta forma, por circulares, ya ha habido algún grado de aplicación de estos criterios. La objeción es que el criterio debe ser uno: los costos, ya que costos e ingresos son dos factores que se anulan. Los aumentos de ingresos de un año se hacen en función de los costos del año anterior.

Tampoco está claro si este índice en la ley es por Isapre o es general para todas las Isapres. Postularon que tiene que ser por Isapre, porque no todos los planes que comercializan las Isapres tienen los mismos costos.

Se ha planteado la posibilidad de introducir una norma donde el alza de ningún contrato pueda exceder del 50% del alza promedio de la Isapre para todos sus contratos en el año. En resumidas cuentas, se trata de establecer un sistema de bandas. Por ejemplo, cuando una Isapre informa las alzas del próximo año, si informa 5%, automáticamente ningún contrato puede subir más de 7,5%. Ésta sería una protección para los cautivos, a través de una norma general, a quienes no se puede discriminar. Se necesita la banda -este espacio del 50%- porque no todas las modalidades de contrato suben en la misma proporción. Claramente, hoy día hay fuerte presión de costos respecto de contratos de cobertura 100% -es decir, que no tienen copago- y de mucha libre elección. En cambio, los contratos de menor cobertura, cerrados y con copago, tienen una tendencia a subir menos. Va en función de los costos. Por eso se necesita una estrategia de precios, para privilegiar uno en vez de otro. Por último, dicen que ello se propone manteniendo la norma de que las alzas deben ser generales por plan, sin discriminar por el estado de salud, que es lo que existe actualmente. El problema que tiene la norma actual es que el concepto de plan que estaba en la ley ha perdido vigencia. Esto ha sido producto de la propia ley, que permite que el afiliado no acepte el alza del plan rebajando los beneficios. Entonces, cuando los afiliados optaban por rebajar los beneficios, automáticamente se creaba un nuevo plan con los beneficios menores, porque cada afiliado bajaba los beneficios acorde a su situación para mantener el precio. Eso es lo que ha generado la gran proliferación de planes. En realidad, ninguna Isapre comercializa hoy muchos planes; no son más allá de diez planes. Pero el concepto de plan se ha extendido en una cifra muy grande y, en verdad, no son planes reales; son planes producto del problema de las adecuaciones. Plantearon que esta norma hay que mantenerla y, quizás, buscar una definición de plan que apunte a lo que se quería con esta norma: que el alza sea de tipo general y que no haya una discriminación hacia el afiliado en función de su estado de salud.

Sostuvieron que la individualización obligatoria de los prestadores que modifica una

de las condiciones del contrato, termina eliminando la libre elección. Por lo tanto, un prestador de libre elección está participando y habría que individualizarlo incluso con indicación de las prestaciones que da. Esto podría llevar, por ejemplo, a que el contrato individualice a todos los médicos de Chile. Ahí hay un error. Esto -que, además, se aplica hoy, porque está funcionando a través de una norma de la Superintendencia- está plenamente justificado para los planes cerrados, o sea, que tengan muy pocos prestadores; obviamente, hay que individualizar en el contrato a los prestadores preferentes, pero cuando hay amplios convenios con médicos que reciben bonos o el sistema de ir donde cualquier médico y después reembolsar, no se necesita la individualización obligatoria del prestador, ya que al final esto restringe la libre elección.

A este respecto coinciden en que se mantengan modalidades diferentes, o sea, que el sistema Isapre pueda tener modalidades de atención cerrada, una modalidad con prestadores preferentes y una modalidad de libre elección que, por lo demás, tiene hoy el 95% de los planes. El sistema Isapre se ha formado sobre una base de libre elección y nunca se ha pensado en eliminarla. Desde luego, puede haber una combinación de todas ellas.

Respecto de la fiscalización del Auge, les preocupa la independencia del Consejo Consultivo. La preocupación es que el Auge sea igual en el sistema público y en el sistema privado. En ese sentido, postulan que exista un bono automático para ejercer el derecho a las prestaciones del Auge.

También proponen una superintendencia única en relación con el cumplimiento del Auge del Fonasa y de las Isapres, que sea el árbitro arbitrador de ambos sistemas. Y que por ser árbitro arbitrador deba ser independiente. O sea, no puede ser una autoridad de Gobierno la que arbitre un caso entre afiliados y el propio Fonasa. Debe tener cierto grado de independencia semejante al que tienen la Contraloría, el Banco Central o el fiscal de la nueva reforma de la justicia.

En relación a la obligación de afiliarse al cierre de otra Isapre, manifiestan su desacuerdo con esta disposición. El cierre del registro de una Isapre ocurre normalmente producto de una quiebra. Eso obligaría a las otras Isapres a asumir las contingencias sin siquiera -como está planteado- tener el derecho a repetir contra la Isapre fallida. Esto favorece a la Isapre con problemas. Si una Isapre tiene una cartera muy mala de clientes, que le va a significar pérdidas a futuro, con muchos casos de cotizantes cautivos -o sea, con contingencia-, ella se saca esta contingencia por el hecho de cancelársele el registro. En el fondo, se evita la quiebra. Si se le cancela el registro, le traslada la contingencia a las demás Isapres y salva su patrimonio. Es decir, se está favoreciendo al fallido. Según esta norma ni siquiera tienen la posibilidad de hacerse parte de la quiebra para reclamar la contingencia de haber recibido los afiliados con problemas desde las otras Isapres.

Por último, respecto de este tema agregan que, en otras industrias responde el Estado. En general, en las industrias financieras, donde está comprometida la fe pública, hay una garantía del Estado. En el caso de la banca, hay garantía por los ahorros en favor de los ahorrantes. Existe una garantía mínima para los depósitos y para las libretas de ahorro. En el caso de los seguros, hay una garantía del Estado a las rentas vitalicias, especialmente a los seguros de vida. En el caso de las AFP, de las pensiones, también tienen una garantía del Estado. Es decir, existe una garantía del Estado si llegara a fallar cualquiera de estas tres instituciones.

Respecto de las facultades que la ley otorga al superintendente, les preocupa la fijación de aranceles para el plan complementario. Es necesario recordar que el Auge va a tener sus propios aranceles y la cobertura de Fonasa de libre elección opera sobre la base del arancel Fonasa, que es bastante conocido. Entonces, fijar el arancel del plan complementario ya no hace tan libre al mismo plan complementario. Entienden que si hay un beneficio obligatorio debería haber la máxima libertad a lo complementario. Además, les parece innecesaria la fijación de aranceles, porque si se fijan aranceles, se pueden pactar bonificaciones multiplicando los aranceles. Entonces, el efecto de fijar los aranceles no

conduce a una mayor transparencia. Por último, también se pueden limitar las prestaciones del arancel y, finalmente, éste casi rige para no dar más cobertura que el propio arancel.

Afirmaron que hoy opera una cartilla bastante eficiente, que puede incorporar los planes en la cobertura real que le dan al beneficiario, más que por aranceles. El concepto de arancel no va a ayudar a la transparencia y la cartilla que opera hoy ayuda mucho más en ese aspecto.

También les preocupa el régimen de supervigilancia especial, en términos de que se deja en manos de la Superintendencia la fijación de otras disposiciones que tienen que ver con solvencia, endeudamiento e indicaciones de liquidez de la actividad fuera de la ley. Consideran que las regulaciones de una actividad son materia de ley y todo lo que tenga que ver con solvencia, endeudamiento e indicadores de liquidez debería estar en la ley. También debería estar en la ley la explicación de en qué consiste este régimen. En el fondo, es preocupante para la inversión futura que estas reglas puedan cambiar. De hecho, la ley ya tiene requisitos de patrimonio mínimo y requisitos de garantía, que es la otra gran medida de solvencia. O sea, por la vía de nuevos indicadores fijados por el superintendente, se podrían establecer incluso indicadores que requieran más patrimonio que, por ejemplo, el que establece la propia ley.

Respecto de los informes de auditoría y hechos relevantes, les parece correcto que se exija una auditoría obligatoria a las Isapres. Hoy sólo lo hacen las que al mismo tiempo son sociedades anónimas abiertas. Lo que sí les preocupa es la facultad de pedir informes a los auditores, que pueden ser distintos a los de la Superintendencia de Valores y Seguros. Pedir informes a las Isapres es una facultad que ya tiene el superintendente, pero pedir que la auditoría entregue informes con criterios diferentes de los de la Superintendencia de Valores y Seguros puede llevar a aquellas Isapres que son sociedades anónimas abiertas a que tengan que hacer doble auditoría, es decir, la de la Superintendencia de Valores y Seguros y auditorías con normas de la Superintendencia de Isapres. Lo mismo podría ocurrir frente a dos definiciones de hechos relevantes. Estima que deben coordinarse las dos cosas, es decir, que se apliquen para estos efectos las normas de una sociedad anónima abierta, esto es, de toda sociedad que hoy en Chile es auditada y con los mismos criterios.

Sobre la determinación de la garantía se está cambiando por el proyecto de ley desde un mes de cotizaciones al monto de los pasivos u obligaciones con los afiliados. Este lo consideraron un cambio correcto. Es mucho más procedente que las garantías que se deban establecer vayan en función de los pasivos que se tengan con los propios afiliados, porque en el sistema actual una Isapre podría tener tres veces los pasivos de otra y obviamente su situación de garantías debería ser mayor. Pero sí preocupa que cuando se está operando en base a los pasivos puede existir la flexibilidad de pagar esos pasivos. Hoy, el procedimiento de esta garantía, a diferencia de otras actividades como los seguros, debe ser dejado en poder de la Superintendencia o a nombre de ella. No se pueden girar esos pasivos para pagar los propios pasivos. Ésa es una cosa bastante importante que suceda, porque en el fondo lo absurdo sería conseguir más recursos económicos para poder pagar los pasivos y esperar mucho tiempo para que se libere la garantía si los pasivos disminuyeron. Ante eso sólo hay que agregar una norma que flexibilice el uso de esta garantía para pagar los propios pasivos que la originan. Eso parece razonable. Por lo mismo, hay que mantener una base mensual.

Se sostuvo, además, que la incorporación de compañías de seguros, mutuales u otras empresas al sector de las Isapres parece absolutamente normal. Lo único que exigen es que lo hagan con las mismas reglas del juego con que trabajan las Isapres. Por lo tanto, el que quiera incorporarse a este sector, venga de donde venga, sea de aquí o del extranjero, es bienvenido que entre a competir.

Con respecto a la integración vertical, manifestaron que es un problema que tiene muchas opiniones encontradas, las cuales no están basadas en aspectos técnicos. Las soluciones que se han dado parecen absolutamente improcedentes. Por ejemplo, si la Isapre

Colmena no está dedicada al tema de la integración vertical y tiene una clínica y se exige que no se integre verticalmente, entonces, lo que haría es sacar la clínica y ponerla a nombre de otro y ello perfectamente lo puede hacer cualquier Isapre. Es decir, se puede dejar la Isapre sola, limpia, transparente y tener todo el equipo que se requiere para la integración vertical a nombre de otro, lo que es absolutamente legal. No tiene ningún inconveniente y es perfectamente posible. Ahora, la integración vertical tiene un gran beneficio para la gente. Probablemente, hay algunos que se sientan agredidos con relación al tema de la libertad de elección. Está de acuerdo con que el Colegio Médico haya hecho referencia al tema, porque dicha integración puede facilitar la atención por el sistema médico cerrado. Eso es verdad, pero, sin embargo, no ha sucedido así. En la actualidad, las grandes empresas, que son propietarias de ambos niveles, siguen manteniendo la libre elección en la mayor parte de sus planes, sin ningún problema. Es muy favorable para la gente, porque permite a las Isapres controlar costos que, al final de cuentas, interesa a todos los participantes.

El señor Hernán Chamorro hizo presente que su gremio no se opone a la existencia de las Isapres, pero considera que el sistema en el que operan debe ser mejorado. Planteó que debe ser un seguro de salud que contemple todo el ciclo vital de la persona. Ello genera un compromiso de por vida que, además de las tradicionales acciones de curación, debe contemplar otras de promoción, prevención y rehabilitación. El funcionamiento del sistema puede ser mejorado en múltiples aspectos, agregó. Así, por ejemplo, los planes no debieran ser caducados unilateralmente, debiendo fortalecerse la permanencia de las relaciones entre el beneficiario y la Isapre. Para ello, se requiere mayor transparencia y poner fin a las distinciones de edad y de sexo para las patologías que no se contemplan en el régimen de garantías, porque, al parecer, en el proyecto de régimen de garantías eso está contemplado, pero no está suficientemente claro, de acuerdo con la revisión que han efectuado del proyecto.

El funcionamiento del sistema también debe ser mejorado en materia de reajustabilidad de los planes, la que debe asociarse a indicadores con objetivos médicos y financieros, evaluados por un organismo autónomo.

Por otra parte, se deben definir con mayor claridad las funciones de la Isapre, por cuanto a veces no está claro si son un seguro o un prestador. Argumentó que el otorgamiento de la prestación de salud es una función del equipo profesional que se fundamenta en la relación médico-paciente. Quien otorga la prestación no es el seguro; éste debe involucrarse en el financiamiento de la misma, pero no en su realización. La relación prestador-asegurador debe ser reforzada, porque algunos sistemas de salud prohíben expresamente que un asegurador sea a la vez prestador. La libertad del usuario para elegir a su prestador dio vigor al desarrollo de las Isapres en sus comienzos, pero, con el tiempo, se ha asistido a una integración vertical como una forma de contener los costos, lo que se ha asociado a una mayor insatisfacción del usuario. La contención de costos lograda por la restricción de la libertad de elegir al prestador no guarda proporción con los escasos resultados alcanzados por reducir los gastos de administración.

Sostuvo que para el Colegio Médico constituye especial motivo de preocupación la instauración legal de un sistema de salud privado cerrado, avalado en lo que dispone el artículo 36 A bis del proyecto de ley del régimen de garantía, que exige la individualización de los prestadores contemplados de cualquier forma en el contrato, con indicación precisa de los beneficios y prestaciones que se otorgarán a través de ellos y de los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos. A través de los contratos de salud, las Isapres, por ley, restringirán las opciones de elegir sólo a los prestadores que formen parte de su red. La expresión "prestadores" corresponde a cualquier persona natural y no está bien definido si se trata de un profesional del área de la salud, que es el eslabón final de la relación médico-paciente.

Por otra parte, para que un prestador ingrese a la red tendrá que aceptar no sólo las

condiciones arancelarias del asegurador, sino también las técnicas y las éticas. Además, la relación médico-paciente se verá alterada al obligar a éstos a abandonar a su tratante habitual, lo que cobra mayor relevancia en áreas muy delicadas como la ginecológica y la de las subespecialidades, cuando haya una necesidad imperiosa de continuar tratándose con un especialista determinado.

Con la concentración de los sistemas de seguro de salud que se está produciendo se creará un servicio público de salud único y 2 ó 3 privados. Por consiguiente, se tendrá un sistema de salud oligopólico y con integración vertical. En esta alternativa, los usuarios no tienen voz ni opciones de salida. Asimismo, la pérdida de la libertad de elegir se traducirá en que los proveedores de salud no podrán competir entre sí para suministrar mejor servicio. Eso generará problemas de eficiencia y calidad y fomentará la burocracia. Además, con un sistema oligopólico cerrado se discriminará a través de las listas de espera.

En cuanto a las garantías, afirmó que la ley no sólo debiera garantizar la libre elección; sino también, la cancelación de los honorarios de las prestaciones otorgadas, a través de un documento de pago emitido por la Isapre, y la posibilidad del usuario de utilizar al máximo los beneficios establecidos en el contrato, cualquiera sea el prestador; de lo contrario, sólo se cubrirán las prestaciones otorgadas por los prestadores inscritos en la red cerrada. Con este sistema las prestaciones otorgadas por médicos no inscritos terminarán siendo financiadas en un ciento por ciento del bolsillo del usuario, renunciando éste al beneficio de la Isapre, como ocurre actualmente con los afiliados al Fonasa sistema de libre elección. De insistirse en la existencia de redes cerradas y la integración vertical con aranceles irreales en el sistema Isapre, se producirá lo mismo que en el Fonasa: los pacientes buscarán sus prestadores de confianza aunque tengan que renunciar a los beneficios a que tienen derecho.

Expresó que lo que interesa no es una individualización de los prestadores, sino de las prestaciones, con indicación precisa de los beneficios máximos que puedan otorgar, cualquiera sea el prestador que elija el beneficiario. El beneficiario podrá elegir libremente a su prestador y las diferencias de arancel que pudiera haber con los máximos garantizados por la Isapre, a través de su contrato, deberán ser responsabilidad de su bolsillo.

En el artículo 38 bis se propone limitar el alza de los planes de salud a un índice máximo, definido por la Superintendencia, sólo a los cotizantes cautivos. En el resto de los cotizantes, el nuevo valor que se cobre al momento de la renovación deberá simplemente mantener una relación con lo establecido en el contrato y la lista de precios vigente. Si éstos suben en su totalidad, también puede subir la proporción. Por ello, parece razonable que la Superintendencia fije también un índice máximo de alza de precios a los beneficiarios que no se cataloguen como cautivos.

Puntualizó, además, que se debe establecer un sistema de reclamo ante un organismo autónomo para cuando el cotizante considere que el aumento es abusivo.

Con relación al traspaso de cartera, el proyecto reconoce a la Isapre el derecho de transferir la totalidad de los contratos de salud, otorgando a la Superintendencia facultades de regulación. Se privilegia el derecho de la Isapre a transar con terceros los contratos de los cotizantes, sin respeto a la voluntad de éste. Al cotizante se le permite oponerse, pero cuando los hechos están consumados y sin saber qué efectos tiene su oposición. Por consiguiente, es apropiado buscar alguna alternativa en la cual el traspaso de carteras sea oportunamente informado, limitando las transferencias de contratos a la previa autorización del cotizante como condición de validez de la operación.

Enfatizó que sería necesario obligar a la Isapre a comunicar por escrito al cotizante su disposición a transferir su contrato, con a lo menos tres meses de anticipación. Además, debe informar sobre las condiciones societarias y de respaldo económico de la institución a la que se pretende transferir.

Destacó que existen otros puntos del proyecto de ley que también interesan al Colegio Médico. Uno de ellos se refiere a la facultad de la Superintendencia de Isapres para

requerir las fichas clínicas y otros antecedentes para resolver reclamos médicos. El prestador médico cirujano está sujeto al secreto profesional del Código Penal y no puede revelar secretos que sus pacientes le hubieren revelado. El Código de Ética del Colegio impone al médico no revelar los hechos, datos o informaciones que haya conocido en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial o libre autorización del paciente.

La facultad que tendría la Superintendencia de Isapres para requerir las fichas clínicas y otros antecedentes se hace en términos tales que no se establecen límites, condiciones ni resguardos, lo cual violenta normas legales que cautelan el valor relacionado con la privacidad de la información contenida en las fichas médicas. El paciente tiene derecho a que sus antecedentes clínicos no sean conocidos por terceros, salvo médicos autorizados por él. La ley debería imponer a la Superintendencia el deber de la confidencialidad respecto de los antecedentes del paciente, así como la prohibición de reproducirlos o darlos a conocer a terceros.

Otro problema que les interesa es la supresión de la Compín como instancia de reclamación y de resolución en materia de licencias médicas. De lo resuelto por la Isapre, sólo se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Se priva a los pacientes de una instancia especializada en reclamos y todas las reclamaciones se trasladan a la Superintendencia de Seguridad Social, sin modificar la organización de ella. Se mantiene la injusticia de cargar al trabajador enfermo todo el peso del reclamo por el rechazo de la licencia por la Isapre. Es la Isapre y el empleador quienes deberán reclamar a la Compín en contra de una licencia médica, si la estimaren inadecuada. Mientras dure el proceso de reclamo, el paciente debiera gozar de todos los beneficios legales de la licencia médica. Al estar enfermo, el paciente es sometido a la duda, se le presume culpable y pierde su derecho al beneficio de la licencia médica. Debería invertirse el peso del reclamo a una licencia, de manera tal que sea la Isapre y, o el empleador los que debieran demostrar que la licencia no es válida o adolece de defectos. Pero no parece adecuado que el enfermo, en su condición de tal deba, además, soportar el peso del reclamo por una licencia que le ha sido otorgada.

Otro punto que estimaron importante es que en el proyecto de ley se pretende regular la actividad de los agentes de ventas de los contratos de salud. Sería interesante incorporar la responsabilidad solidaria de la Isapre por los perjuicios que pudieran ocasionar a la persona del cotizante o a sus beneficiarios las acciones del agente de ventas que le hubiere inducido a un error en la contratación o que le hubiere informado indebidamente o hubiere omitido información determinante para la celebración del contrato.

El señor Máximo Silva manifestó que, en esencia, el proyecto de ley en informe cambia de manera bastante radical la actividad de las Isapres, por la vía de regular diversos aspectos de su actividad. Lo anterior no ofrece reparos en la medida en que exista un marco jurídico adecuado que, al menos, contemple igualdad de condiciones con el Fonasa en el financiamiento y acceso a los prestadores para que puedan competir lealmente. Recalcó que es importante que no existan subsidios ocultos para el Fonasa que distorsionen la competencia y que los cotizantes que aportan al fondo compensatorio por riesgo reciban subsidios públicos en función de ingresos y no en función del sistema previsional al cual se adscriben.

En segundo lugar, puntualizó que respecto de los precios, el proyecto de ley dispone que el Ministerio de Salud fijará, asesorado por un Consejo del AUGE, la cobertura y el valor de la prima universal del AUGE (el precio que deberán pagar las personas por este beneficio) cada tres años. Esta prima universal, según establece el proyecto, será única para el Fonasa y las Isapres, no discriminará por riesgo y no podrá ser elevada antes de tres años de vigencia hasta que la nueva prima universal haya sido fijada. El precio de los beneficios complementarios al AUGE (cobertura que da el Fonasa en el sistema de libre elección y que no están incluidas en el proyecto AUGE) no ha sido fijado. Sin embargo, el precio que la Isapre cobre por el AUGE más el beneficio complementario obligatorio deberá ser el mismo para todos sus cotizantes.

Con referencia a esta propuesta, consideró que la adecuación de los precios del plan Auge cada tres años afectará la actividad prestadora. Argumentó que al comienzo estará el complemento obligatorio para ajustar, pero, cada tres años, esta variable de ajuste se hará cada vez menos importante, ya que irá siendo consumida por el precio del Auge, en la medida que se vayan incorporando a él nuevas patologías. El establecimiento de un arancel valorizado único para el sistema empujará a la industria aseguradora a fijar los precios de los prestadores de servicios de salud. Cada vez serán más importantes las economías de escala, lo que llevará a concentrar el mercado asegurador y también el prestador. Si bien cada tres años se ajustará el contenido del Auge y, como ha ocurrido en otros países, habrá una fuerte presión para incrementar los beneficios, es fundamental que el sistema de definición de los ajustes del Auge y de la determinación de su precio tengan carácter estrictamente técnico. Esto es, con suficiente independencia y representación de los actores que participan en el proceso.

Se establece que las Isapres estarán obligadas a generar redes de prestadores a precios que les permita competir con algún éxito con el Fonasa (comprará esencialmente en el sistema público). Estimó, el señor Silva, sabía la decisión de que la cobertura que se le da a las personas del sistema público establezca un plazo y no se continúe dando lo que en la actualidad ocurre en que, muchas veces, por no cumplirse el plazo, las personas agravan su enfermedad o, incluso, mueren por no haber recibido la atención. Sostuvo además que la industria privada está preparada para el evento en que el sector público no pueda prestar la atención, como lo señala el proyecto, para poder expandirse todo lo necesario, de manera de permitir que aquellas personas que no alcanzaron a ser atendidas en los plazos que estableció el Auge, puedan ser atendidas en el sector privado.

Siguiendo con el análisis del proyecto, se planteó que los afiliados, en caso de quiebra, podrán elegir la Isapre a la cual deseen afiliarse. Sugirió, para aquellas personas que las Isapres no quieran recibir, que se utilice un sistema de sorteo y que el resto pacte libremente con la Isapre que escoja.

En el caso de los afiliados cautivos, afirmó que se propone en el artículo 38 bis, que la Superintendencia de Isapres definirá el reajuste máximo de precios. Planteó la conveniencia de que las Isapres resuelvan la movilidad de los cautivos, porque ante cualquier fijación de precios a las Isapres, éstas lo traspasarán a los prestadores, generando distorsiones. No se debe olvidar -recalcó- que los principales prestadores de salud en Chile, más que los establecimientos, son los médicos.

Por su parte, hizo presente que las Isapres podrán transferir la totalidad de sus contratos a otras Isapres, cumpliendo ciertos requisitos que se especifican en la norma, requiriendo dicha transferencia autorización de la Superintendencia. Ello sería grave a su juicio y representa una intervención de una institución pública en un contrato privado entre una Isapre y un afiliado -a menos que se cambie la naturaleza jurídica del contrato de salud que hoy existe-, volviéndose un interventor, lo que es innecesario, pues la propia norma establece requisitos y circunstancias bajo los cuales puede realizarse la transferencia, por lo cual la atribución debiera remitirse sólo a la verificación de la concurrencia de los mismos. Para su Asociación, en este punto de las transferencias de contratos y carteras a otras Isapres, es importante que se establezca quién va a asumir lo que se debe a los prestadores como consecuencia de atenciones de urgencia de los afiliados cuyos contratos se traspasan y cómo se resguarda dicho pago frente a ello. En el caso de las urgencias, a raíz de la expedición que hoy existe para que las personas se atiendan, básicamente para evitar el tema del cheque en garantía, se puede dar la situación. De hecho, se dará en numerosas ocasiones que la Isapre termine sosteniendo que se trata de una preexistencia y que, por lo tanto, no tenía cobertura. Ese tema, como todo lo derivado de urgencia, deberá ser analizado con el mayor cuidado, porque estas urgencias que las clínicas atienden en la actualidad, recepcionando a las personas sin plantearles ninguna dificultad, en numerosas ocasiones se transforman en cantidades gigantescas de dinero que pueden afectar seriamente la solvencia

de las instituciones privadas hasta ahora.

Por último, destacó que el proyecto contempla una norma que dice relación con los hospitales de autogestión en red, esto es, hospitales que podrán vender servicios a privados. Agregó que si en el espíritu de la ley está promover la venta de servicios de los hospitales públicos autogestionados a las Isapres, estima necesario que la venta se materialice a un precio tal que considere los verdaderos costos de las prestaciones, incorporando pago de impuestos, depreciación de equipamiento, infraestructura, mano de obra, etcétera, de modo que exista concordancia con los costos de las empresas prestadoras privadas, de forma tal de prevenir distorsiones en el mercado. Acotó que en la actualidad la industria prestadora privada debe enfrentar la competencia de hospitales que gozan de excepciones de pago de IVA y que aplican el concepto de costo marginal a prestaciones que ofrecen a particulares no beneficiarios, como el caso de los hospitales de las Fuerzas Armadas y de las mutuales de accidentes de trabajo.

Como prestadores privados, les interesa que existan reglas del juego que garanticen el sector privado prestador, léase instituciones como las clínicas, centros ambulatorios de alta complejidad, como el sistema de cirugía ambulatoria que está prestando una amplia red a lo largo de varias regiones del país y básicamente los médicos, que son los principales prestadores de la salud privada, para que no terminen perjudicados por una legislación, que para tener más recursos a favor del sector público -lo que encontró legítimo- afecten las leyes del mercado.

Sometido a votación en general el proyecto fue aprobado por unanimidad.

## **IX. DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN PARTICULAR DEL PROYECTO**

En relación con este párrafo cabe señalar lo siguiente:

En el artículo 1° del proyecto, se introducen las siguientes modificaciones a la ley N° 18.933:

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para sustituir el inciso primero del artículo 1° de la referida ley, por el siguiente:

“Créase la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se regirá por esta ley y su reglamento, bajo la supervigilancia del Ministerio de Salud.”.

Puesta en votación esta indicación fue rechazada por 4 votos a favor y 8 votos en contra.

Los mismos señores diputados formularon una indicación para reemplazar el inciso final del artículo 1° de la referida ley, por el siguiente, que pasa a ser el antepenúltimo:

“Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el Título II de esta ley y velar por el respeto de los derechos que esta ley y los contratos de salud confieren a los afiliados y usuarios de dichas Instituciones.”.

Puesta en votación esta indicación fue rechazada por 5 votos a favor, 8 votos en contra y una abstención.

Los mismos señores diputados formularon una indicación para agregar en el artículo 1°, el siguiente inciso, que pasa a ser penúltimo:

“Sin perjuicio de las facultades que esta ley concede a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Valores y Seguros podrá ejercer las facultades de supervigilancia y control que la ley N° 18.045 le confiere respecto de las Instituciones organizadas como sociedades anónimas abiertas, comunicando a la primera dentro del plazo de siete días hábiles cualquier resolución general o especial que adopte al respecto.”.

Puesta en votación esta indicación fue rechazada por 6 votos a favor, 8 votos en contra y una abstención.

Los mismos señores diputados formularon una indicación para agregar el siguiente inciso final al artículo 1° ya señalado:

“Sin perjuicio de las facultades que esta ley concede a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se aplicarán a dichas Instituciones las normas de protección del consumidor consagradas en la ley N° 19.046. El Servicio Nacional del Consumidor podrá ejercer las atribuciones legales respecto de estas Instituciones, comunicando a la Superintendencia señalada dentro del plazo de siete días hábiles cualquier resolución general o especial que adopte al respecto.”.

La indicación precedente fue declarada inadmisibles por tratarse de materias de iniciativa del Presidente de la República, en conformidad al inciso cuarto del número 2 del artículo 62 de la Constitución Política.

Por el numeral 1) del artículo 1° del proyecto, se modifica el artículo 2° de la referida ley relativo a las definiciones, de la siguiente manera:

Por la letra a), se reemplaza en la letra g), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

Por la letra b), se reemplaza en la letra h), el punto final (.), por un punto y coma (;).

Por la letra c), se agregan, a continuación de la letra h), las siguientes letra i) y j), nuevas:

“i) La expresión “Agente de Ventas”, por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir, con o sin facultades de representación, en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional, y

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad 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 un plan complementario con otra Institución de Salud Previsional.”.

Puestas en votación las letras a) y b) del numeral 1), fueron aprobadas por unanimidad.

El Ejecutivo formuló una indicación para reemplazar la letra c), que agrega a continuación de la letra h), las siguientes letra i), j), k) y l):

“i) La expresión “Agente de Ventas”, por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional;

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad 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;

k) La expresión “prestadores” corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución que se encuentre acreditada para otorgar las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria, y

l) La expresión “índices de precios de planes de salud” corresponde a aquellos índices elaborados por la Superintendencia considerando, entre otros antecedentes, los cambios que experimente el costo de las prestaciones de salud, la frecuencia de utilización de las mismas, el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Isapress. Podrá existir un índice de precios de planes de salud de aplicación general y, otro, para cotizantes cautivos.”.

Sometidas a votación separada las letras propuestas en la indicación precedente, la

letra i) fue aprobada por unanimidad; la letra j) fue aprobada por 9 votos a favor y 7 votos en contra, y las letras k) y l) fueron aprobadas por 11 votos a favor y 9 votos en contra.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para agregar a continuación de la letra h), las siguientes letras i) y j):

i) La expresión “agente de ventas” o “vendedor”, por la persona individual habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir con facultades para representarla en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional, y

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquella persona cuya libre voluntad se ve seriamente limitada por razones de edad o por enfermedades de él o alguno de sus beneficiarios, lo que le impide o restringe significativa o definitivamente su posibilidad de contratar un plan de salud con otra Institución en similares condiciones de precio y beneficio a las de su plan actual”.

Sometidas a votación en forma separada las letras precedentes, la letra i) fue rechazada por 7 votos en contra y 4 abstenciones, y la letra j) fue rechazada por 6 votos a favor y 9 votos en contra.

Por el numeral 2), se modifica el artículo 3° relativo a las funciones y atribuciones de la Superintendencia, de la siguiente manera:

Por la letra a), se incorporan a continuación del numeral 13, los siguientes números 14 a 18:

“14. Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de esta ley y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación.

15. Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud.

16. Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter y dar su aprobación a dichas operaciones.

17. Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley.

18. Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia, por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas.”.

El Ejecutivo formuló una indicación para reemplazar el encabezado del numeral 2), por el siguiente:

“2) Incorpóranse, a continuación del numeral 13, los siguientes números 14 a 19:”.

Puesto en votación el texto anterior fue aprobado por 7 votos a favor y 3 en contra.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para eliminar el N° 14 propuesto por la letra a) del N° 2 del artículo 1°, la que fue rechazada por 3 votos a favor y 7 votos en contra.

Puesto en votación el numeral 14 fue aprobado por 7 votos a favor y 3 votos en contra.

Los numerales 15, 16 y 17 precedentes fueron aprobados por unanimidad.

En consecuencia, la indicación de los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles para reemplazar el numeral 15), por el siguiente fue rechazada por unanimidad.

“15. Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud, sin perjuicio de las atribuciones que el inciso cuarto del artículo 38 confiere al Instituto Nacional de Estadísticas”.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el número 18 por el siguiente y agregar el número 19:

“18) Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u

otros antecedentes médicos que sean necesarios para fines de supervigilancia y control de las entidades fiscalizadas o para decidir respecto a la procedencia de beneficios previsionales regulados por la presente ley.

19) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos y la publicación de la información de condiciones de calidad y precio que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.”.

El diputado señor Accorsi hizo presente la importancia de este numeral en cuanto habría una reserva sobre la información; que ella sólo se puede entregar en casos específicos. Esto tiene que ver con el secreto profesional.

El ministro señor Artaza enfatizó que precisamente eso es lo que se quiere resguardar. Además, ello sería compatible con lo que se discute en el proyecto sobre derechos y deberes, en el que quedará establecido cuándo las personas deberán autorizar que esto ocurra.

El diputado señor Cornejo destacó respecto de esta materia que también está la ley sobre datos reservados, que establece que la ficha clínica sólo estará disponible con autorización del paciente o de la persona que autorice el paciente para ello.

El diputado señor Melero solicita que el Ejecutivo explique por qué está pidiendo esta atribución. ¿Cuál sería el cambio respecto de lo que hay hoy día?, y si esto se encuentra relacionado con las licencias médicas.

El señor José Pablo Gómez sostuvo que con lo que se está aprobando, la información será privada y permanecerá resguardada. Planteó que es una norma necesaria, porque en muchas situaciones la Superintendencia, frente a un reclamo particular, requiere revisar la ficha clínica para ver el tratamiento que han recibido los pacientes y si la aplicación del contrato que hizo la Isapre fue pertinente. En no pocas ocasiones se descubre que la Isapre hizo una interpretación restrictiva del tratamiento de las personas y, por lo tanto, cubrió menos de lo debido. Hoy sólo es posible obtener esa información cuando se actúa de manera arbitral, pero no cuando se quiere resolver un caso concreto y específico.

El diputado señor Cornejo afirmó que esta disposición, tal como está redactada, otorgaría la atribución de requerir los antecedentes ante los prestadores, pero, para que esto sea compatible con la ley sobre datos reservados, los prestadores deberán, a su vez, pedir autorización a los pacientes.

Puesta en votación la indicación anterior fue aprobada por 12 votos a favor y 11 votos en contra.

Por la letra b) del numeral 2), se intercala, en el inciso segundo, entre la palabra “asesores” y la letra “o”, la expresión “auditores externos”, precedida de una coma (,).

Por la letra c) del numeral 2), se intercala, en el inciso tercero, entre la palabra “asesores” y la letra “y”, la expresión “auditores externos”, precedida de una coma (,).

Puestas en votación las letras b) y c) precedentes fueron aprobadas por 12 votos a favor y 11 votos en contra.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para incorporar el siguiente N° 2 bis al artículo 1° del proyecto:

2 bis.- Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 25:

a) En el inciso primero, reemplázase la expresión “cinco” por la expresión “diez”.

b) En el inciso tercero, reemplázase la expresión “cinco” por la expresión “diez”.

c) Incorpórase el siguiente inciso cuarto nuevo:

“Si el patrimonio de la Institución se redujere de hecho a una cantidad inferior a la indicada en el inciso anterior, deberá completarlo conforme a lo dispuesto en los artículos 45 bis y 46 número 1. De no hacerlo, se procederá a la cancelación del registro de la

respectiva Institución.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 9 votos a favor y 10 votos en contra.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para reemplazar el artículo 6° por el siguiente:

“Artículo 6°.- En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia, cualquier Institución de Salud Previsional, afiliado o beneficiario podrá deducir recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción o desde que el afectado hubiere tomado conocimiento de la misma.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga. Si acoge el recurso, dejará sin efecto o modificará la resolución o instrucción impugnada. En caso de denegación total o parcial, el afectado podrá reclamar de esa resolución ante el ministro de Salud, dentro del plazo de cinco días hábiles desde su notificación, autoridad que se pronunciará dentro del plazo de 30 días hábiles. Antes de su pronunciamiento, el ministro de Salud podrá, si le solicita con fundamento plausible, suspender la resolución o instrucción impugnada.

Los derechos que establece este artículo podrán ejercerse en contra de toda resolución o instrucción de la Superintendencia, cualquiera sea la nominación que tenga.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 11 votos a favor y 10 votos en contra.

Los mismos señores diputados formularon una indicación para reemplazar el inciso primero del artículo 7°, por el siguiente:

“Artículo 7°.- Sin perjuicio de los derechos establecidos en el artículo anterior, en contra de la resolución de la Superintendencia que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado la Corte ordenará traer los autos “en relación”, agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 10 votos a favor y 11 votos en contra.

El diputado Accorsi, don Enrique, formuló una indicación para reemplazar el inciso primero del artículo 22, por el siguiente:

“Artículo 22.- Las instituciones tendrán por objeto exclusivo administrar la cotización para la salud de sus afiliados y contratar con los prestadores el otorgamiento de las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.”.

Los diputados señores Cornejo y Robles argumentaron en favor de la indicación anterior que tiene por objeto terminar con la integración vertical en el sector, es decir, dejar a las instituciones de salud previsional solamente como instituciones aseguradoras y no con un rol asegurador y prestador simultáneamente, a fin de permitir que exista una multiplicidad de prestadores a quienes estas instituciones puedan comprar las prestaciones y de esa manera ser consecuentes con un informe que fue votado unánimemente por la Comisión de Salud el año antepasado y, posteriormente, ratificado por la Sala de esta Corporación por 44 votos a favor, sin votos en contra y 4 abstenciones.

Se sostuvo que la indicación apunta a lo que hoy día se hace en materia de salud pública tendiente a separar las funciones entre las distintas instituciones para dar una mayor transparencia y equidad al sistema. En el sistema público, el Fonasa recoge las cotizaciones

y financia las prestaciones del cuarto grupo. Por otro lado, en el sistema público, las prestaciones de salud son entregadas por los servicios de salud a través de los hospitales, o por los consultorios, a través de la atención primaria. Son organizaciones distintas las que, por un lado, recogen el financiamiento y financian, y por otro, las que otorgan las prestaciones. Se afirmó que se busca solucionar problemas importantes de la salud. Así por ejemplo, cuando una Isapre, a la vez entrega las prestaciones, ha ocurrido que ésta pone reglas a sus prestadores en términos de reducir y limitar las licencias médicas, las prestaciones que pueda tener una persona, etcétera.

El diputado señor Melero planteó que si el objetivo de la indicación es evitar la integración vertical, igual la va a haber, porque aunque la Isapre no va a poder hacerlo directamente bajo su función social, sí podrá contratándola con un tercero. Es cosa de lograr acuerdo en un buen contrato y, por consiguiente, la integración vertical igual se va a dar. Un segundo elemento, en el plano práctico, es que hoy día esta norma no tendría efecto alguno, según ha entendido de declaraciones hechas por el señor superintendente, porque el giro de las Isapress, como tales, para administrar las cotizaciones, ha sido desvinculado, jurídicamente, por la forma de otra organización jurídica, de manera tal que, quienes están prestando servicios distintos, no pertenecen a la Isapre. Por ejemplo, una clínica tiene un giro muy distinto al de la Isapre. Dice no saber si todavía hay casos de integración vertical en términos de que esté asociada la administración con la prestación. En tercer lugar, hace ver que, en el tema de la integración vertical, en estricto rigor, en muchos aspectos hay ahí un beneficio a los usuarios, por cuanto ha generado menores costos a las personas, ha permitido un mejor aprovechamiento de la cotización, etcétera. De modo que la integración vertical, como concepto económico y, especialmente, en la prestación de salud y respecto de quienes la administran, no es esencialmente perversa. Es más, tiene mucho de bueno; es un tema discutible, afirmó.

Por su parte, el diputado señor Cardemil hizo reserva respecto de las acciones que a futuro se puedan deducir por inconstitucionalidad, si es que prospera esta indicación, por cuanto es claro que en ésta se están vulnerando dos garantías constitucionales, a saber: la del artículo 19, numeral 21, que asegura el derecho a desarrollar cualquier actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen; y la del artículo 19, numeral 26, que decreta la seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen las garantías que ésta establece no podrán afectar los derechos en su esencia, ni imponer condiciones, tributos o requisitos que impidan su libre ejercicio.

El señor José Pablo Gómez aclaró que hoy día la integración vertical en la propiedad es minoritaria. Los grupos controladores, los grandes grupos financieros, han separado las áreas de prestación y aseguramiento, como ha señalado el diputado señor Robles. Sin embargo, la integración permanece en Isapres cerradas, como por ejemplo, en un par de Isapres del cobre, del Banco del Estado, y en un par de Isapres abiertas, como Promepart, y en menor medida, Colmena.

El diputado señor Dittborn, manifestó que como miembro de la Comisión Resolutiva Antimonopolios durante varios años, le tocó conocer muchos casos sobre integración vertical. Como lo manifestó el diputado señor Melero, no hay nada intrínsecamente perverso en la integración vertical en sí. De hecho, los estudios que llevó adelante la Fiscalía Nacional Económica con un miembro de la Comisión Resolutiva demostraron inequívocamente que la integración vertical permite reducir costos cuando hay competencia, lo que finalmente beneficia al usuario. Lo grave de esta integración se produce cuando existe una integración vertical de carácter monopólica que no tiene alternativas para el consumidor. En ese caso, se puede abusar de la posición dominante o monopólica. Pero, habiendo competencia, la integración vertical, cuando es elegida libremente por las empresas, significa disminuir costos que eventualmente la misma competencia obliga a transferir total o parcialmente a los consumidores.

El diputado señor Accorsi reconoció que el diputado señor Dittborn tiene toda la razón al señalar que la integración vertical es favorable cuando hay competencia. Sin embargo, el problema radica en que no la hay. En la actualidad, el mercado de la salud privada está prácticamente cerrado en más de un 80 por ciento. Ejemplificó que él como especialista, si se quiere afiliarse a una Isapre, esa institución tiene el derecho de decir si lo acepta o no como prestador. Incluso, el médico que no respeta el protocolo establecido es sancionado. Por ejemplo, en un tratamiento con antibióticos, el médico está obligado a recetar el medicamento que se le indica al paciente, a pesar de que él sabe que no es el que corresponde. Lo mismo ocurre en el caso de las licencias médicas, por cuanto si hoy un especialista entrega una licencia debido a una fractura con minuta de clavícula, esa licencia es rechazada por un médico general. Incluso, hay premios especiales para los médicos que aplican esos protocolos, que consisten en viajes al extranjero.

El ministro señor Artaza, efectuó un breve comentario respecto de lo señalado por el diputado señor Accorsi, que refleja -a su juicio- el punto de mayor controversia en esta reforma a la salud y que dice relación con el seguimiento de normas y protocolos.

Puntualizó que en el sistema público es clave seguir normas y protocolos, lo cual no es contradictorio con dar calidad de salud y excelencia de servicio. Entiende la defensa que él hace en cuanto a poder ejercer adecuadamente la práctica de la profesión. No obstante, hay un tema que no comparte. Seguir un protocolo no es contradictorio con una atención de calidad o excelencia.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 11 votos a favor y 8 votos en contra.

Por el numeral 3) que pasa a ser número 5), se intercala, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis, nuevo:

“Artículo 25 bis.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, informando por escrito a la Superintendencia, en la forma y con la periodicidad que ésta determine en instrucciones de general aplicación.

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la ley sobre Sociedades Anónimas y su Reglamento.

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

La Superintendencia podrá impartir instrucciones respecto del contenido de sus informes; requerirles informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las instituciones fiscalizadas; y examinar, en sus propias dependencias, dichas informaciones o antecedentes.”.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 10 votos a favor y 9 votos en contra.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para reemplazar el numeral 3), por el siguiente:

3.- Intercálase, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis nuevo:

“Artículo 25 bis.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros en la forma y periodicidad que establece la ley N° 18.046 para las sociedades anónimas abiertas, remitiendo copia de sus informes a la Superintendencia.

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros, y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la ley N° 18.046, sobre Sociedades Anónimas y en su Reglamento. Serán remunerados por la respectiva Institución.

Aquellas Instituciones que estén obligadas a designar auditores externos conforme a lo dispuesto en la ley N° 18.046, sobre Sociedades Anónimas, no estarán sujetas a la obligación señalada en el inciso primero y sólo deberán enviar copia de los informes de sus auditores externos a la Superintendencia.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 9 votos a favor y 10 votos en contra.

Por el numeral 4) que pasa a ser número 6), se sustituyen los incisos primero al séptimo del artículo 26 relativo a la garantía que las instituciones deben mantener en la Superintendencia, por los siguientes, pasando los actuales octavo y noveno a ser séptimo y octavo, respectivamente:

“Artículo 26.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 28 y 35, las Instituciones mantendrán en la Superintendencia o en alguna entidad especializada que ésta determine, una garantía, que será inembargable, equivalente al monto de las obligaciones que la Institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios por concepto de subsidios por incapacidad laboral, bonificaciones y reembolsos, y de las obligaciones derivadas de cotizaciones mal enteradas, percibidas en exceso y de las correspondientes cuentas de excedentes.

Para mantener actualizada dicha garantía, la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre de cada año, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones, cada vez que este último supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto promedio de las antedichas obligaciones, en un determinado trimestre, sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud.

El superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero, la que se considerará para los efectos de la actualización señalada en los incisos segundo y tercero.

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se regirá de conformidad al procedimiento de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

Con todo, cuando los indicadores de liquidez, endeudamiento y/o gestión operativa de la entidad cuya rebaja se autorizó, hayan sobrepasado los límites señalados por la Superintendencia de acuerdo con lo establecido en el inciso precedente, ésta podrá exigir reponer la garantía en conformidad a los instructivos y circulares emitidos para tal efecto.”.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el numeral 4), por el siguiente:

4) Sustitúyense los incisos primero al séptimo del artículo 26, por los siguientes:

“Artículo 26.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 28 y 35, las Instituciones mantendrán en la Superintendencia o en alguna entidad especializada que ésta determine, una garantía, que será inembargable, equivalente al monto de las obligaciones que la Institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios por concepto de subsidios por incapacidad laboral, bonificaciones y reembolsos, y de las obligaciones derivadas de cotizaciones mal enteradas, percibidas en exceso y de las correspondientes cuentas de excedentes.

La actualización de la garantía será trimestral, para lo cual la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre de cada año, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones al último trimestre del año anterior y al primer, segundo y tercer trimestre del año en curso, respectivamente, cada vez que este último supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto promedio de las antedichas obligaciones, en un determinado trimestre, sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud, el que podrá prorrogarse por una sola vez, para lo cual se deberá dictar una resolución fundada.

El superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero, la que se considerará para los efectos de la actualización señalada en los incisos segundo y tercero.

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se regirá de conformidad al procedimiento de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

Con todo, cuando los indicadores de liquidez, endeudamiento y/o gestión operativa de la entidad cuya rebaja se autorizó, hayan sobrepasado los límites señalados por la Superintendencia de acuerdo con lo establecido en el inciso precedente, ésta podrá exigir reponer la garantía en conformidad a los instructivos y circulares emitidos para tal efecto.

En todo caso, la garantía nunca podrá ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 8 votos a favor y 5 abstenciones.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para reemplazar el numeral 4), por el siguiente:

4.- Para reemplazar el artículo 26 por el siguiente:

“Artículo 26.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 28 y 35, las Instituciones deberán mantener una garantía, que será inembargable, equivalente al monto de las obligaciones que la Institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios por concepto de subsidios por incapacidad laboral, bonificaciones y reembolsos, y de las obligaciones derivadas de cotizaciones mal enteradas, percibidas en exceso y de las correspondientes cuentas de excedentes.

Para mantener actualizada la garantía, la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de cada mes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones, cada vez que el monto de éstas supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando en un mes el monto de las antedichas obligaciones sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días, a contar de la fecha de presentación de la solicitud, para efectuar la devolución.

El superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero, la que se considerará para los efectos de la actualización señalada en los incisos segundo y tercero.

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se regirá de conformidad al procedimiento de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

Con todo, cuando los indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa de la entidad cuya rebaja de garantía se autorizó, sobrepasen los límites señalados por la Superintendencia en normas de general aplicación, conforme a lo indicado en el inciso precedente, ésta podrá exigir reponer la garantía en conformidad a los instructivos y circulares emitidos al efecto.

La garantía se mantendrá en poder de la respectiva Institución, pudiendo establecer la Superintendencia, mediante normas de general aplicación, que un porcentaje de la misma, que no podrá exceder del 50%, se le entregue a ella o a la entidad especializada que designe.

La garantía deberá constituirse en dinero efectivo o en los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500, de 1980, los que deberán tener un plazo de vencimiento no superior a noventa días. A solicitud de dos o más Instituciones y sobre la base de normas de general aplicación dictadas por la Superintendencia, podrá mantenerse la garantía en instrumentos diferentes.

El superintendente podrá exigir, mediante resolución fundada, que hasta 10% de la garantía se constituya en dinero efectivo, que se expresará en unidades de fomento para su actualización.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 5 votos a favor y 8 votos en contra.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para modificar el título del párrafo 3° del Título II, reemplazándolo por el siguiente: “De la afiliación y las cotizaciones”, la que fue aprobada por 7 votos a favor y 3 abstenciones.

Por el numeral 5) que pasa a ser número 8), se modifica el artículo 33 sobre los contratos que regulan las prestaciones y beneficios de salud, de la siguiente manera:

En la letra a), se sustituye el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 33.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 29 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.”.

Puesta en votación la letra a) fue aprobada por 7 votos a favor 4 votos en contra y 2 abstenciones.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para eliminar la letra a) del numeral 5), la que fue rechazada por 4 votos a favor, 7 votos en contra y 2 abstenciones.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para reemplazar la letra a) del inciso segundo, por la siguiente:

“a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.

Las Instituciones no podrán obligar a sus afiliados a aceptar contratos en que todas o algunas de las prestaciones o beneficios se brinden por prestadores determinados, debiendo siempre ofrecer contratos o planes de salud en la modalidad de libre elección del prestador por el afiliado.”.

El diputado señor Aguiló señaló que presentan esta indicación por dos razones. La primera es que tiene que establecerse en los contratos el plan complementario al régimen de garantías en salud, ya que se está en simultáneo con el plan Auge, que es obligatorio para Isapres y para la modalidad institucional. La segunda razón es que las instituciones no podrán obligar a sus afiliados a aceptar contratos en donde haya prestadores predeterminados. Se busca garantizar la libre elección y la opción a la libre elección. Ahora, eso no significa que la Isapre no pueda presentarle mejores condiciones de copago, y presentarle un listado de prestadores a los usuarios. Si ellos, libremente, optan por ese listado de prestadores que la Isapre tiene, han hecho esa opción.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 10 votos a favor y 4 votos en contra.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir la letra c) del inciso segundo del artículo 33, por la siguiente:

“c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 7 votos a favor y 6

abstenciones.

En la letra b), se modifica la letra d), del inciso segundo, del artículo 33 del siguiente modo:

i. Suprímese, en el párrafo primero, desde la palabra “Asimismo” y hasta la expresión “reemplace.”, pasando el primer punto seguido (.) a ser punto aparte (.).

ii. Reemplázase, en el párrafo segundo, la expresión “referido arancel”, por la siguiente: “arancel a que se refiere el artículo 34.”.

Sometida a votación separada la letra b) fue aprobada la letra i por 7 votos a favor y 5 votos en contra.

Una indicación de los diputados señores Accorsi, Cornejo y Robles que modifica la letra d), eliminando su párrafo segundo, fue aprobada por 7 votos a favor y 4 abstenciones, siendo en consecuencia rechazada, la letra ii.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles formularon una indicación para sustituir la letra g) por la siguiente:

“g) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33 bis. No podrán excluirse las acciones de prevención de la salud, tales como vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria competente. Las Instituciones deberán brindar cobertura siempre a esas acciones de acuerdo a lo que establezca el contrato. No podrán excluirse de cobertura las prestaciones y beneficios respecto de graves problemas de salud pública como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental.”.

El diputado señor Aguiló recordó que hace cuatro años, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados realizó un estudio, que aprobó por unanimidad, en el que se constató que entre las principales observaciones o demandas que hacía la población respecto de los abusos de las Isapress, estaba el tema de las llamadas exclusiones, es decir, aquellas patologías, enfermedades o problemas de salud, que las Isapress excluían de los contrato que firmaban con sus afiliados, sin señalarlo claramente.

La primera idea que contiene la indicación es que haya una estipulación precisa de esas exclusiones en los contratos. La enumeración analizada es la relativa a las materias que obligatoriamente deben quedar incluidas en los contratos firmados entre el afiliado y la institución respectiva.

La segunda idea que contiene la indicación es que bajo ninguna circunstancia, ni aun en conocimiento del afiliado o cotizante, pueden excluirse las más corrientes afecciones, enfermedades, patologías o problemas de salud, que hoy, normalmente, están excluidas de los planes de las Isapress, porque son problemas de salud pública altamente prevalentes en la población.

El señor José Pablo Gómez señaló que en el artículo 33 bis están listadas las exclusiones. Y son las únicas que hay, de acuerdo con la ley. Sostuvo que la indicación redundante en esa idea, es decir, que no podrán excluirse ese tipo de problemas de salud pública. Esto podría generar alguna confusión respecto de qué es cobertura, porque podrían tener alguna cobertura baja, pero se entendería incorporada. Sin embargo, lo que más le preocupa es cómo se compatibiliza esta norma, que es una norma de autoridad sanitaria - especialmente la última parte-, con lo que se dispondrá en el Auge, que tiene prioridades y una protección más integral. Espera que no se entienda mal la señal que plantea el diputado señor Aguiló y la gente termine pensando que hay una suerte de doble protección: la del Auge y la de esta norma.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 8 votos a favor y 5 votos en contra.

Los diputados señores Accorsi, Bayo, Palma y Robles formularon una indicación para sustituir el inciso cuarto del artículo 33 bis, del tenor siguiente:

“Para los efectos de esta ley se entenderán que son enfermedades preexistentes aquellas declaradas por el usuario, o aquellas cuyo diagnóstico haya sido establecido en un

examen de salud realizado por la institución de salud, en forma previa a la suscripción del contrato.”.

Puesta en votación esta indicación fue aprobada por 7 votos a favor, 2 votos en contra y una abstención.

Por el numeral 6) que pasa a ser número 10), se intercala el siguiente artículo 34, pasando el actual artículo 34, a ser artículo 34 bis:

“Artículo 34.- El arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud y para el plan complementario, en su caso, será común para todas las instituciones fiscalizadas y se elaborará por la Superintendencia.

El catálogo de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del plan complementario será revisado cada tres años, en la misma oportunidad en que se revise el Régimen de Garantías en Salud, y contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, o el que lo reemplace. El referido arancel podrá expresarse en pesos, en unidades de fomento o en el monto del valor de la prestación que es de cargo del afiliado.”.

El Ejecutivo formuló una indicación para agregar, en el inciso primero del artículo 34, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser punto seguido, lo siguiente: “Para dicho fin, la Superintendencia podrá requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la información que estime pertinente.”.

El señor José Pablo Gómez expresó que esta indicación es complementaria del artículo 34 propuesto en el proyecto del Ejecutivo. Lo que se busca es tener información para calcular y determinar el arancel o catálogo valorizado de prestaciones. De esta manera, no se está pidiendo información a los prestadores -al ver la norma completa como quedaría-, respecto de paciente alguno, sino fundamentalmente información acerca de producción y precios.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 9 votos a favor, 6 votos en contra y una abstención.

Sometido a votación el numeral 6) fue aprobado por 9 votos a favor y 6 votos en contra.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para reemplazar el numeral 6), por el siguiente:

6.- Intercálase el siguiente artículo 34, pasando el actual a ser artículo 34 bis:

“Artículo 34.- El arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud, formará parte de él y se aprobará y regirá conjuntamente con el mismo.

El arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del plan complementario, incluirá, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera respectiva, contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, o el que lo reemplace. Podrá expresarse en pesos, unidades de fomento o el monto de la prestación que es de cargo del afiliado.”.

El diputado Melero, don Patricio, explicó que esta es una indicación que busca separar lo que es el arancel común para el Fonasa e Isapre, del plan complementario que se quiera establecer libremente por cada persona. A su juicio, no es aconsejable agregar regulaciones al plan complementario, ya que se supone que éste sí que es de libre elección en toda su esencia. En virtud de esta disposición este plan no debe afectarse de igual forma como se rige el arancel o el catálogo valorizado para el plan Auge común para los cotizantes del Fonasa y de Isapre. Además, se le incluye al plan complementario una revisión cada tres años, lo que le otorgaría una rigidez a ese plan. Esa rigidez parece bien dentro del arancel en que se encuentran comprendidos los beneficios mínimos obligatorios para el plan Auge y la cobertura financiera del Fonasa, pero no parece lógico asignar igual

rigidez a los planes complementarios. El arancel Fonasa-Auge y el plan complementario son cosas muy distintas y cree bueno darles tratamientos distintos, porque tienen orígenes financieros distintos y objetivos distintos en su esencia.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 6 votos a favor y 9 votos en contra.

Por el numeral 7) que pasa a ser número 11), se reemplaza en el inciso segundo del actual artículo 34, que ha pasado a ser artículo 34 bis, la conjunción “y” que antecede al guarismo “38”, por una coma (,); y se agrega, a continuación del referido guarismo, la expresión “y 38 bis”.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 9 votos a favor y 8 abstenciones.

Por el numeral 8) que pasa a ser número 12), se modifica el artículo 35 referido a las prestaciones obligatorias, de la siguiente manera:

En la letra a), se reemplaza en el inciso segundo, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social” y la palabra “Comisión” por “Superintendencia”.

En la letra b), se reemplaza en el inciso tercero, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

En la letra c), se reemplaza en el inciso cuarto, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

En la letra d), se intercala en el inciso quinto, entre las palabras “Superintendencia” y “la”, lo siguiente: “de Instituciones de Salud Previsional”.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 9 votos a favor y 8 abstenciones.

Por el numeral 9) que pasa a ser número 13), se reemplaza en el inciso tercero del artículo 37 sobre licencias médicas, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

Los diputados señores Cornejo y Lorenzini formularon una indicación para reemplazar el referido numeral por el siguiente:

9) En el artículo 37:

a) Reemplázase en el inciso tercero, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente” por “Superintendencia de Seguridad Social, en única instancia”, y

b) Agréganse los siguientes incisos:

“El superintendente de Seguridad Social podrá crear sucursales regionales, provinciales o comunales, en la medida en que las necesidades lo requieran.

A las sucursales les corresponde ejercer dentro del territorio de su competencia, las funciones y atribuciones que competen a la Superintendencia, y que les sean delegadas por el superintendente.

El superintendente conocerá los recursos de reconsideración administrativa en contra de las resoluciones que emitan los Jefes de Sucursal de acuerdo con las facultades que les fueran delegadas.

Puesta en votación la letra a) de la indicación fue aprobada por 8 votos a favor y 4 votos en contra, siendo rechazado el numeral 9) por 4 votos a favor y 8 votos en contra. La letra b) de la indicación, fue declarada inadmisibles por tratarse de materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Por el numeral 10) que pasa a ser número 14), se suprime el inciso quinto del artículo 38 sobre la adecuación de precios en los contratos, pasando los actuales sexto a décimo, a ser quinto a noveno, respectivamente.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 8 votos a favor y 5 votos en contra.

Los diputados señores Accorsi, Cornejo, Palma y Robles formularon una indicación para sustituir el artículo 38 por los siguientes 38 y 39:

“Artículo 38.- Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 33 de la ley, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán modificarse ni dejarse sin efecto durante su vigencia sino por mutuo acuerdo de las partes, todo ello sin perjuicio de su terminación por resolución del contrato declarada judicialmente. Con todo, la Institución deberá ofrecer un nuevo plan si éste 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 32 bis de esta ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación si ésta 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 de la ley N° 18.469. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente. Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.

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 evento de 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. En ningún caso, podrán condicionar beneficios y prestaciones a la prestación de una solicitud de declaración de invalidez por el afiliado, ni promover, solicitar o exigir a éste que la presente.

Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones de 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 legales de salud y/o sumas superiores pactadas y será obligación de la Isapre comunicar esta situación al afiliado”.

Artículo 39.- El precio base de cada plan de salud sólo podrá reajustarse cada tres años dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias. El reajuste no podrá ser superior al porcentaje que indique el Índice de Variación de Costos de la Salud, calculado por una institución pública independiente para el período de tres años que termina el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a aquél en que se efectúa el reajuste. La Institución de Salud Previsional deberá comunicar al afiliado el reajuste que pretende aplicar mediante carta

certificada enviada con suficiente anticipación para que éste la reciba con una anticipación mínima de dos meses a la fecha en que debiere comenzar a aplicarse el reajuste. A esa carta deberá agregar copia de documentación del Instituto Nacional de Estadística que contenga el Índice de Variación de Costos de la Salud. No podrá comenzar a aplicarse el reajuste si es que el afiliado no ha recibido la carta referida anteriormente.

Un Reglamento dictado por el Presidente de la República establecerá la forma para calcular el Índice de Variación de Costos de la Salud por el organismo que determine. Dicho índice deberá ser calculado mes por mes y el valor acumulado anualmente para planes de libre elección y para planes cerrados, ponderando adecuadamente los mayores gastos en que incurran las Isapress por aumento de los costos de salud y siniestralidad, como el aumento de sus ingresos por aumento de afiliados, reajustes de sueldos y pensiones y otros factores.

Los afiliados afectados por el reajuste indicado en el inciso anterior tendrán derecho a desahuciar su contrato o a que la Institución les ofrezca un plan con el mismo precio del plan anterior. Ese plan deberá contemplar los mismos beneficios y prestaciones, permitiéndose solamente variación en los porcentajes de cobertura. La incorporación a un nuevo plan de salud, en virtud de esta norma, no requerirá la suscripción de un nuevo contrato ni de una declaración de salud.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 7 votos a favor, 9 votos en contra y 2 abstenciones.

Por el numeral 11) que pasa a ser número 15), se intercala a continuación del artículo 38, el siguiente artículo 38 bis:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Isapress para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, en los términos del inciso tercero del artículo 38, se sujetará a las siguientes reglas:

1. El nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre.
2. Tratándose de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio del respectivo plan de salud, no podrá superar el índice que, al efecto, anualmente establezca la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación.

Dicho índice deberá contemplar, entre otras cosas, el cambio en el costo de las prestaciones de salud; el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas; el cambio en el gasto derivado del uso de subsidios por incapacidad laboral; y el cambio en el ingreso operacional de las Isapress.”.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el numeral 11, por el siguiente:

11) Intercálase, a continuación del artículo 38, el siguiente artículo 38 bis, nuevo:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Isapress para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, en los términos del inciso tercero del artículo 38, se sujetará a las siguientes reglas:

1. Tratándose de contratos de cotizantes no cautivos, el nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre.

Sin perjuicio de lo anterior, cada vez que el aumento en el precio del plan supere el índice a que se refiere el numeral siguiente, las Instituciones de Salud Previsional, en la carta de adecuación respectiva, deberán explicar a los afiliados los fundamentos precisos de dicho aumento.

2. En el caso de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio no podrá superar el índice que establezca la Superintendencia en instrucciones de general aplicación. En la

misma instrucción, dicho Organismo deberá establecer las razones de edad y los antecedentes de salud que determinarán la condición de cautividad para el período de que se trate.

El índice que establezca la Superintendencia será revisado en la misma oportunidad en que se revise el Régimen de Garantías en Salud, y deberá contemplar, entre otros antecedentes, los cambios que se experimenten en el costo de las prestaciones de salud, en la frecuencia de utilización de las mismas, en el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y en el ingreso operacional de las Isapress.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 2 votos a favor y 11 votos en contra.

Los diputados señores Lorenzini y Ortiz formularon una indicación para modificar el artículo 38 bis propuesto, en los siguientes términos:

a) Para reemplazar el numeral 2) del artículo 38 bis propuesto en el proyecto, por el siguiente:

“2.- Antes del 31 de octubre de cada año, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje de los incrementos de los precios de sus planes de salud que vayan a aplicar al año siguiente. Los mencionados incrementos, para un plan específico o para un contrato de salud específico, no podrán exceder en más de un 30% el índice de aplicación general a que se refiere la letra l) del artículo 2° de esta ley.”.

b) Para eliminar del inciso final del artículo 38 bis propuesto en la indicación del Ejecutivo la frase “, y deberá contemplar, entre otros antecedentes, los cambios que se experimenten en el costo de las prestaciones de salud, en la frecuencia de utilización de las mismas, en el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y en el ingreso operacional de las Isapress.

Puesta en votación la indicación precedente su letra a) que se agrega al texto original del Ejecutivo, fue aprobada por 11 votos a favor y 5 votos en contra. La letra b) fue retirada al haberse rechazado la indicación del Ejecutivo.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon la siguiente indicación para reemplazar el numeral 2) del artículo 38 bis propuesto:

“2.- Antes del 31 de diciembre de cada año, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje promedio de los incrementos de precio de sus planes de salud que vayan a aplicar al año siguiente y que sean adicionales a la situación referida en el número precedente. Los mencionados incrementos, para un plan específico, no podrán exceder en más de un 30 % del promedio informado”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 5 votos a favor y 11 votos en contra.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el artículo 40, por el siguiente:

“Artículo 40.- Cuando una de las partes incurra en un incumplimiento grave de las obligaciones contractuales, la otra parte podrá poner término a la convención comunicando por escrito su decisión al contratante incumplidor. En todo caso, la Institución de Salud Previsional deberá seguir otorgando los beneficios contractuales hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. El cotizante, por su parte, estará obligado al pago de la cotización correspondiente.

El afectado podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de otorgamiento de los beneficios a que se refiere el inciso anterior. El contrato de salud se mantendrá vigente en tanto la Superintendencia no resuelva el correspondiente reclamo.”.

Puesta en votación esta indicación fue aprobada por 9 votos a favor y 6 abstenciones.

Por el numeral 12) que pasa a ser número 17), se intercala en el artículo 41 referido

a los beneficiarios de los contratos celebrados entre la institución y el cotizante, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser inciso cuarto:

“Con todo, en el evento que un familiar beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Institución celebrando un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encontraren en curso, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud.”.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 8 votos a favor, 6 votos en contra y una abstención.

Por el numeral 13) que pasa a ser número 18), se intercala a continuación del artículo 41, el siguiente artículo 41 bis:

“Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, respecto de los beneficiarios declarados por aquél, y por un período no inferior a un año contado desde su fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia.

En todo caso, las personas indicadas precedentemente, podrán renunciar al mencionado beneficio, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que les otorga el inciso quinto de este artículo.

Cuando corresponda, las Isapress tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones y/o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

Vencido el plazo establecido en el contrato para la vigencia del beneficio dispuesto en este artículo, terminará, conjuntamente con éste, el contrato de salud suscrito por el cotizante fallecido.

Terminada la vigencia del beneficio por fallecimiento del cotizante, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario que así lo requiera, un plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada por él en la Institución. En el evento de que el requirente no hubiere devengado pensión o remuneración durante la vigencia del beneficio, la obligación se entenderá cumplida, ofreciéndole un plan cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada en la Institución por el cotizante fallecido. De aceptar las condiciones ofrecidas, el beneficiario tendrá derecho a incorporarse a la Institución de Salud, suscribiendo con ésta el respectivo contrato de salud.

Los contratos que se suscriban en virtud de esta disposición, quedarán sujetos a las limitaciones previstas en el inciso segundo del artículo 47 bis.”.

El diputado señor Melero opinó que el Ejecutivo viene haciendo algo que es de toda justicia, en el sentido de que en el evento de que un cotizante fallezca, éste no quede desprovisto de los beneficios contractuales que el plan de salud le aportaba al momento de su fallecimiento. Sin embargo, precisó que la calidad del cotizante fallecido es distinta de la sucesión, de manera que cree que a los beneficiarios no se les puede dar los mismos beneficios que los del titular fallecido, porque éste tenía determinadas circunstancias de riesgo, edad, de cobertura de sus planes, etcétera; muy distintas a las que, probablemente, los herederos vayan a requerir.

El ministro señor Artaza afirmó que el espíritu del Ejecutivo es mantener los beneficios. Lo que se está estableciendo es la cotización básica, que es el régimen de garantía más el plan complementario. En este sentido, interesa que, en el caso de una persona fallecida, quienes dependían de ese plan no tengan ningún detrimento.

El señor José Pablo Gómez señaló que los contratos no distinguen entre los beneficios de un cotizante y otro, son beneficios que tienen libre elección o redes preferentes, pero son para todos los afiliados. Juzga necesario que se mantenga ese plan. No es presentable establecer que cuando fallece el cotizante, aunque sea bueno el régimen de garantías de salud, se acote el plan de salud sólo al régimen de garantías.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 9 votos a favor, 4 votos en contra y una abstención.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon la siguiente indicación:

a) En el inciso primero del artículo 41 bis propuesto para reemplazar la frase “todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia” por la frase “los beneficios obligatorios establecidos en el artículo 33 bis.”.

b) En el inciso quinto del artículo 41 bis propuesto para reemplazarlo por el siguiente: “Terminada la vigencia del beneficio señalado en los incisos precedentes, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario que así lo requiera, el plan de salud en actual comercialización cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización efectuada por aquel en la Institución. En el evento de que el beneficiario no hubiere efectuado cotizaciones durante la vigencia del beneficio aludido en los incisos precedentes, la Institución deberá ofrecer el plan de salud de comercialización cuyo precio más se ajuste a la proporción que corresponda al beneficiario en la última cotización efectuada por el cotizante fallecido.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 4 votos a favor, 9 votos en contra y una abstención.

Por el numeral 14) que pasa a ser número 19), se intercala en el Párrafo 5° y antes del artículo 43, el siguiente artículo 42 bis:

“Artículo 42 bis.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas, deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
2. Ser mayor de edad;
3. Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional y,
4. Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el numeral 17 del artículo 3°, deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos precedentemente señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.

Queda prohibido ejercer, simultáneamente, las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, suspensión de sus funciones hasta por un año o cancelación de su inscripción en el registro.”.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el encabezado del inciso primero, del artículo 42 bis, por el siguiente:

“Artículo 42 bis.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:”.

Puesto en votación el artículo 42 bis con la indicación del Ejecutivo, se solicitó votación separada del último inciso, siendo aprobado este último por 8 votos a favor y 5 votos en contra y el resto del artículo por unanimidad.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para eliminar en el inciso final del

artículo 42 bis propuesto la frase “suspensión de sus funciones hasta por un año.”, la cual fue rechazada por unanimidad.

Por el numeral 15) que pasa a ser número 20), se intercalan a continuación del artículo 44, los siguientes artículo 44 bis y 44 ter:

“Artículo 44 bis.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios.

La Superintendencia impartirá instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con esta obligación.

Las Instituciones podrán comunicar, en carácter de reservado, ciertos hechos o informaciones que se refieran a negociaciones aún pendientes que, al difundirse, puedan perjudicar el interés de la entidad.

Artículo 44 ter.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a otra Isapre que opere legalmente y que no esté afecta a alguna de las situaciones previstas en los artículos 45 bis y 46 de esta ley.

Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren en curso en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. En todo caso, los cotizantes podrán oponerse a la transferencia de sus contratos.

La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición, requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.”.

Puesto en votación el artículo 44 bis fue aprobado por 8 votos a favor y 7 votos en contra. A su vez, el artículo 44 ter fue aprobado por 10 votos a favor, 4 votos en contra y una abstención.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para reemplazar el artículo 44 bis por el siguiente:

“Artículo 44 bis.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información esencial, conforme y del modo dispuesto en las leyes N° 18.045, de Mercado de Valores y N° 18.046 de Sociedades Anónimas.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 7 votos a favor y 8 votos en contra.

Por el numeral 16) que pasa a ser número 21), se reemplaza el inciso segundo del artículo 45 relativo a las sanciones aplicables a las Isapres por incumplimiento de sus obligaciones, por el siguiente:

“Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.”.

Puesto en votación el numeral 16) fue aprobado por unanimidad.

Por el numeral 17) que pasa a ser número 22), se intercala a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

“Artículo 45 bis.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento a uno o más de los indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa que la Superintendencia determine, a través de instrucciones de general aplicación, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que este organismo establezca en una instrucción dictada al efecto. Una vez subsanada dicha situación de incumplimiento, se alzarán las medidas adoptadas.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución deberá informar a la Superintendencia la

circunstancia de haber incurrido en dicha situación de incumplimiento, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la constatación del mismo.

La Superintendencia podrá aplicar el mismo régimen contemplado en el inciso primero, cuando el patrimonio y/o la garantía de la Isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26 de esta ley.”.

Puesto en votación el numeral 17) fue aprobado por 8 votos a favor y 7 votos en contra.

Los diputados señores Forni, Masferrer, Melero, Palma, Von Mühlenbrock y señora María Angélica Cristi, formularon una indicación para agregar el siguiente artículo 45 bis:

“Artículo 45 bis.- Si el patrimonio o la garantía de una institución disminuye por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26, se aplicará lo dispuesto en los incisos siguientes.

La institución deberá presentar a la Superintendencia, en los 6 días hábiles siguientes a la constatación de la disminución, una explicación escrita y detallada de la razón de su ocurrencia y de las medidas que se hubieren adoptado o se fueren a adoptar para corregirla.

La institución tendrá 60 días, contados desde la presentación de la explicación, para superar el problema indicado en el inciso primero. En caso que ello no fuere posible, deberá presentar a la Superintendencia, antes que expire dicho término, un plan de contingencia para hacerlo en un plazo no superior a 120 días. Este plan se entenderá aprobado por la Superintendencia si no formula objeciones dentro de los 15 días siguientes a su presentación.

Si concluida la aplicación del plan aprobado por la Superintendencia, aún no se logra superar el problema indicado en el inciso primero, ésta podrá ordenar a la institución el cumplimiento o adopción de una o más medidas. La misma facultad tendrá la Superintendencia en caso que se hubiere rechazado, mediante resolución fundada, el plan presentado por la institución, o que ésta no hubiere presentado plan alguno en el plazo señalado en el inciso anterior.

Las medidas que ordene cumplir o adoptar la Superintendencia, en ejercicio de las facultades señaladas en el inciso precedente, podrán versar sobre transferencia de carteras, suspensión de la celebración de nuevos contratos de salud y cualquiera otra relacionada directamente con la solución de los problemas detectados, incluyendo el ordenar a la institución, cuando fuere procedente, convocar a una junta extraordinaria de accionistas, con el objeto preciso de discutir un aumento de capital.

Si transcurridos 40 días desde que la Superintendencia ordenó cumplir o adoptar las medidas, la institución no ha logrado superar el problema señalado en el inciso primero, la Superintendencia procederá a cancelar el respectivo registro, conforme a lo dispuesto en los números 1 y 3 del artículo 46, según corresponda. En todo caso, la Superintendencia podrá acordar con la institución un plazo distinto del señalado en este inciso al momento de ordenar el cumplimiento o adopción de las medidas.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 7 votos a favor y 8 votos en contra.

Por el numeral 18) que pasa a ser número 23), se agrega en el artículo 46 sobre cancelación del registro de una Isapre, el siguiente inciso segundo:

“Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aun cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 38.”.

Puesto en votación este numeral fue aprobado por 9 votos a favor y 4 abstenciones.

Por el numeral 19) que pasa a ser número 24, se sustituye el inciso primero del artículo 46 bis que regula la solicitud de cancelación de un registro por la propia Isapre, por el siguiente:

“Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes y sus cargas y demás beneficiarios y la Superintendencia. Con todo, para efectuar la solicitud, la Institución deberá transferir la totalidad de sus contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.”.

Puesto en votación este numeral fue rechazado por unanimidad.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo y Robles presentaron las siguientes indicaciones a los incisos primero y segundo del artículo 46 bis:

a) Sustitúyese el inciso primero del artículo 46 bis, por el siguiente:

“La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas, beneficiarios y la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Con todo, previo a la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar la aceptación por otra Institución de la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.”.

b) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 46 bis, por el siguiente:

“No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N° 18.046. La fusión no podrá significar variación alguna en los contratos de salud vigentes desde seis meses antes en las Instituciones que se fusionan. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa dentro de los seis meses posteriores a la fusión.”.

Puesta en votación separada la indicación precedente, la letra a) fue aprobada por 9 votos a favor y 6 abstenciones y la letra b) fue aprobada por 8 votos a favor, 5 votos en contra y 2 abstenciones.

Por el numeral 20), se intercala a continuación del artículo 47, el siguiente artículo 47 bis, nuevo:

“Artículo 47 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 47, una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes tendrán derecho a incorporarse a la Institución de Salud Previsional que elijan, la que estará obligada a suscribir con ellos los respectivos contratos de salud previsional y a ofrecerles el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización pactada con la institución cuyo registro se canceló.

En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición, no podrán convenirse las exclusiones y restricciones de cobertura que esta ley prevé para las enfermedades preexistentes, ni establecerse la exigencia de una declaración de salud.

Los cotizantes podrán ejercer el derecho a que se refiere este artículo, hasta el último día hábil del mes siguiente a aquél en que quedó ejecutoriada la resolución de cancelación del registro, requiriendo su incorporación a la Institución escogida, la que deberá, dentro de los cinco días hábiles siguientes, poner a disposición de los interesados los documentos necesarios para la celebración del contrato. Estos contratos surtirán efectos inmediatos.”.

El diputado señor Melero señaló que el artículo 47 bis propuesto viene a resolver la situación de los afiliados cuando se produce la cancelación de un registro. Otorga a los cotizantes el derecho a incorporarse a la institución de salud previsional que elijan, la que estará obligada a suscribir con ellos los contratos respectivos. Es decir, una Isapre quiebra y sus cotizantes, por ley, podrán irse a la Isapre que elijan y ella estará obligada a recibirlos en

los términos en que están. Obviamente, es un tema de justicia, pero le ve dos problemas a esta indicación.

Primero, aquí hay un incentivo a la quiebra. Es una solución para las Isapres que están en situación comprometida, para no dar la pelea, para no buscar arreglos a su situación financiera y para no buscar que sus socios hagan aportes de capital. La situación más compleja que puede enfrentar una Isapre son las demandas de sus afiliados. Pero al tener una forma de solución y al estar obligada a recibirlos otra Isapre, a su juicio hay un incentivo perverso a que se busque la quiebra más que a sostenerse en el sistema. Ése es un primer elemento que parece perjudicial, desde el punto de vista del ordenamiento económico y de los derechos de las personas.

En segundo lugar, esta obligación que se le impone a una Isapre de tener que recibir a los cotizantes de otra Isapre que quebró parece una imposición bastante arbitraria, porque puede ser que el perfil del tipo de clientes que llegue no sea el del cotizante que esa Isapre está buscando en el mercado, puede generar situaciones después respecto de los planes colectivos que pudiera tener esa institución. En fin, parece que más bien los cotizantes afectados deben tener el derecho de ejercer las acciones judiciales que les parezca sobre la Isapre a la que pertenecían y ellos libremente deben buscar en el mercado la Isapre que mejor se acomode a lo que tienen.

El ministro señor Artaza es partidario de aprobar este artículo, porque viene a solucionar un tema que afecta a las personas. Las instituciones de salud previsional tienen como fin otorgar beneficios en salud a las personas y, por lo tanto, como sociedad, no se puede dejar abandonadas a las personas ante la situación de una quiebra. Hay que asegurarles la continuidad de sus beneficios y en el mismo nivel en que éstos estaban. Lo que viene que hacer este artículo es velar por este derecho al acceso a la salud. No busca atentar o perjudicar la libre iniciativa o la libre empresa, sino que, en el contexto de este proyecto, busca una sana armonía entre el espíritu emprendedor de las personas en Chile y, por otro lado, el poder mantener las condiciones de acceso a la salud que las personas tenían, y que de buena fe contrataron con la empresa privada.

Puesto en votación este numeral fue rechazado por 8 votos en contra y una abstención.

En el artículo 2°, se dispone que las referencias que las leyes y reglamentos hagan a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o a la Unidad de Licencias de los Servicios de Salud, se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Seguridad Social, en lo tocante a las apelaciones o reclamos de licencias médicas autorizadas por las Instituciones de Salud Previsional.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

En el artículo 3°, se señala que el proyecto entrará en vigencia en el plazo de 120 días contado desde su publicación como ley en el Diario Oficial.

En el inciso segundo, se precisa que los contratos que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley deberán ajustarse a ella. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.”.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

Los diputados señores Accorsi, Aguiló, Comejo y Robles formularon las siguientes indicaciones:

Agréganse los artículos transitorios siguientes:

“Artículo 1° transitorio.- Dentro de los noventa días siguientes a la vigencia de la presente ley los contratos vigentes se ajustarán a sus disposiciones al cumplirse la próxima anualidad.

Artículo 2° transitorio.- Dentro del plazo de noventa días contado desde la vigencia de esta ley, las Isapres deberán realizar las adaptaciones de sus estatutos que fueren necesarias.

Artículo 3° transitorio.- Dentro del plazo de 60 días el Presidente de la República

deberá dictar el Reglamento señalado en el inciso 4° del artículo 38.”.

Puestas en votación las indicaciones precedentes fueron aprobadas por unanimidad.

## **X. NÓMINA DE DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN**

- Propuesta para el perfeccionamiento del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (julio 2002). Superintendencia de Isapress.
  - Inversiones de las Isapress al 31 de diciembre de 2001. Superintendencia de Isapress.
  - Presentación en “Power Point” sobre la caracterización de los cotizantes. Superintendencia de Isapress.
  - Propuesta de perfeccionamiento al Sistema de Salud (septiembre 2002). Superintendencia de Isapress.
  - Series estadísticas del Sistema Isapres (1981-2001). Superintendencia de Isapress.
  - Análisis financiero del Sistema Isapres. Superintendencia de Isapress.
  - Efecto socioeconómico de los beneficiarios de Isapres. Superintendencia de Isapress.
  - Intervención en audiencia pública (Dr. Pedro Barría, Presidente Corpusapres).
  - Análisis de los cinco proyectos de Reforma a la Salud. (Dr. Pedro Barría, Presidente Corpusapres).
  - Reforma a la ley de Isapress. (Sr. Pedro Barría, Presidente Corpusapres).
  - Observaciones al proyecto que crea el Régimen de Garantía en Salud y la Reforma a la ley de Isapress (Sr. Rafael Caviedes, Director Ejecutivo Asoc. de Isapres de Chile A.G.).
  - Regulación de beneficios mínimos obligatorios y complementarios (Sr. Rafael Caviedes, Director Ejecutivo Asociación de Isapres de Chile A.G.).
  - Análisis del proyecto que modifica la ley de Isapress. Asociación Gremial de Centros Médicos.
  - Observaciones al proyecto que modifica la ley de Isapress (Sr. Máximo Silva, Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.).
- Se han introducido al proyecto modificaciones formales que se recogen en el texto propuesto a continuación.

## **XI. CONCLUSIÓN**

En virtud de lo antes expuesto y de los antecedentes que dará a conocer oportunamente el señor diputado informante, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación del siguiente:

### **PROYECTO DE LEY**

“Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.933:

1) En el artículo 2°:

a) Reemplázase, en la letra g), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

b) Reemplázase, en la letra h), el punto final (.), por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), las siguientes letras i), j), k) y l):

“i) La expresión “Agente de Ventas”, por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional;

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad 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;

k) La expresión “prestadores” corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución que se encuentre acreditada para otorgar las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria, y

l) La expresión “índices de precios de planes de salud” corresponde a aquellos índices elaborados por la Superintendencia considerando, entre otros antecedentes, los cambios que experimente el costo de las prestaciones de salud, la frecuencia de utilización de las mismas, el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Isapress. Podrá existir un índice de precios de planes de salud de aplicación general y, otro, para cotizantes cautivos.”.

2) a) Agréganse, a continuación del numeral 13 del artículo 3°, los siguientes números 14 a 19:

“14.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de esta ley y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación.

15.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud.

16.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter y dar su aprobación a dichas operaciones.

17.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley.

18.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para fines de supervigilancia y control de las entidades fiscalizadas o para decidir respecto a la procedencia de beneficios previsionales regulados por la presente ley.

19.- Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a) del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos y la publicación de la información de condiciones de calidad y precio que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.”.

b) Intercálase, en el inciso segundo, entre la palabra “asesores” y la letra “o”, la expresión “auditores externos”, precedida de una coma (,).

c) Intercálase, en el inciso tercero, entre la palabra “asesores” y la letra “y”, la expresión “auditores externos”, precedida de una coma (,).

3) Reemplázase el artículo 6° por el siguiente:

“Artículo 6°.- En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia, cualquier Institución de Salud Previsional, afiliado o beneficiario podrá deducir recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción, o desde que el afectado hubiere tomado conocimiento de la misma.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga. Si acoge el recurso, dejará sin efecto o modificará la resolución o instrucción impugnada. En caso de denegación total o parcial, el afectado podrá reclamar de esa resolución ante el ministro de Salud, dentro del plazo de cinco días hábiles desde su notificación, autoridad que se pronunciará dentro del plazo de 30 días

hábiles. Antes de su pronunciamiento, el ministro de Salud podrá, si le solicita con fundamento plausible, suspender la resolución o instrucción impugnada.

Los derechos que establece este artículo podrán ejercerse en contra de toda resolución o instrucción de la Superintendencia, cualquiera sea la nominación que tenga.”.

4) Reemplázase el inciso primero del artículo 22, por el siguiente:

“Artículo 22.- Las instituciones tendrán por objeto exclusivo administrar la cotización para la salud de sus afiliados y contratar con los prestadores el otorgamiento de las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

5) Agrégase, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis:

“Artículo 25 bis.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, informando por escrito a la Superintendencia, en la forma y con la periodicidad que ésta determine en instrucciones de general aplicación.

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la ley sobre Sociedades Anónimas y su Reglamento.

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

La Superintendencia podrá impartir instrucciones respecto del contenido de sus informes; requerirles informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las instituciones fiscalizadas; y examinar, en sus propias dependencias, dichas informaciones o antecedentes.”.

6) Sustitúyense los incisos primero al séptimo del artículo 26, por los siguientes:

“Artículo 26.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 28 y 35, las Instituciones mantendrán en la Superintendencia o en alguna entidad especializada que ésta determine, una garantía, que será inembargable, equivalente al monto de las obligaciones que la Institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios por concepto de subsidios por incapacidad laboral, bonificaciones y reembolsos, y de las obligaciones derivadas de cotizaciones mal enteradas, percibidas en exceso y de las correspondientes cuentas de excedentes.

La actualización de la garantía será trimestral, para lo cual la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre de cada año, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones al último trimestre del año anterior y al primer, segundo y tercer trimestre del año en curso, respectivamente, cada vez que este último supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto promedio de las antedichas obligaciones, en un determinado trimestre, sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud, el que podrá prorrogarse por una sola vez, para lo cual se deberá dictar una resolución fundada.

El superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero, la que se considerará para los efectos de la actualización señalada en los incisos segundo y tercero.

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se regirá de conformidad al procedimiento de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

Con todo, cuando los indicadores de liquidez, endeudamiento y, o gestión operativa de la entidad cuya rebaja se autorizó, hayan sobrepasado los límites señalados por la

Superintendencia de acuerdo con lo establecido en el inciso precedente, ésta podrá exigir reponer la garantía en conformidad a los instructivos y circulares emitidos para tal efecto.

En todo caso, la garantía nunca podrá ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento.”.

7) Reemplázase el título del párrafo 3° del Título II, por el siguiente: “De la afiliación y las cotizaciones”.

8) En el artículo 33:

a) Sustitúyese el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 33.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 29 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.”.

b) Reemplázase la letra a) del inciso segundo, por la siguiente:

“a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.

Las Instituciones no podrán obligar a sus afiliados a aceptar contratos en que todas o algunas de las prestaciones o beneficios se brinden por prestadores determinados, debiendo siempre ofrecer contratos o planes de salud en la modalidad de libre elección del prestador por el afiliado.”.

c) Sustitúyese la letra c) del inciso segundo, por la siguiente:

“c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”.

d) Modifícase la letra d), del inciso segundo del siguiente modo:

i. Suprímese, en el párrafo primero, desde la palabra “Asimismo” y hasta la expresión “reemplace.”, pasando el primer punto seguido (.) a ser punto aparte (.).

ii. Elimínase el párrafo segundo de la letra d), desde “No obstante lo anterior..” hasta el punto final.

e) Sustitúyese la letra g) por la siguiente:

“g) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33 bis. No podrán excluirse las acciones de prevención de la salud, tales como vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria competente. Las Instituciones deberán brindar cobertura siempre a esas acciones de acuerdo a lo que establezca el contrato. No podrán excluirse de cobertura las prestaciones y beneficios respecto de graves problemas de salud pública como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental.”.

9) Sustitúyese el inciso cuarto del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Para los efectos de esta ley se entenderán que son enfermedades preexistentes aquellas declaradas por el usuario, o aquellas cuyo diagnóstico haya sido establecido en un examen de salud realizado por la institución de salud, en forma previa a la suscripción del contrato.”.

10) Agrégase el siguiente artículo 34, pasando el actual artículo 34, a ser artículo 34 bis:

“Artículo 34.- El arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud y para el plan complementario, en su caso, será común para todas las instituciones fiscalizadas y se elaborará por la Superintendencia. Para dicho fin, la Superintendencia podrá requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la información que estime pertinente.

El catálogo de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del plan complementario será revisado cada tres años, en la misma oportunidad en que se revise el Régimen de Garantías en Salud, y contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, o el que lo reemplace. El referido arancel podrá expresarse en pesos, en unidades de

fomento o en el monto del valor de la prestación que es de cargo del afiliado.”.

11) Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 34, que ha pasado a ser artículo 34 bis, la conjunción “y” que antecede al guarismo “38”, por una coma (,); y agrégase, a continuación del referido guarismo, la expresión “y 38 bis”.

12) En el artículo 35:

a) Reemplázase, en el inciso segundo, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social” y la palabra “Comisión” por “Superintendencia”.

b) Reemplázase, en el inciso tercero, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”, y.

c) Reemplázase, en el inciso cuarto, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

d) Intercálase, en el inciso quinto, entre las palabras “Superintendencia” y “la”, lo siguiente: “de Instituciones de Salud Previsional”.

13) Reemplázase en el inciso tercero del artículo 37, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente” por “Superintendencia de Seguridad Social, en única instancia”.

14) Suprímese el inciso quinto del artículo 38, pasando los actuales sexto a décimo, a ser quinto a noveno, respectivamente.

15) Agrégase el siguiente artículo 38 bis:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Isapress para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, en los términos del inciso tercero del artículo 38, se sujetará a las siguientes reglas:

1. El nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre.
2. Antes del 31 de octubre de cada año, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje de los incrementos de los precios de sus planes de salud que vayan a aplicar al año siguiente. Los mencionados incrementos, para un plan específico o para un contrato de salud específico, no podrán exceder en más de un 30% el índice de aplicación general a que se refiere la letra l) del artículo 2° de esta ley.”.

16) Sustitúyese el artículo 40, por el siguiente:

“Artículo 40.- Cuando una de las partes incurra en un incumplimiento grave de las obligaciones contractuales, la otra parte podrá poner término a la convención comunicando por escrito su decisión al contratante incumplidor. En todo caso, la Institución de Salud Previsional deberá seguir otorgando los beneficios contractuales hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. El cotizante, por su parte, estará obligado al pago de la cotización correspondiente.

El afectado podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de otorgamiento de los beneficios a que se refiere el inciso anterior. El contrato de salud se mantendrá vigente en tanto la Superintendencia no resuelva el correspondiente reclamo.”.

17) Agrégase, en el artículo 41 el siguiente inciso tercero, pasando el actual tercero a ser inciso cuarto:

“Con todo, en el evento que un familiar beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Institución celebrando un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encontraren en curso, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de

salud.”.

18) Agrégase el siguiente artículo 41 bis:

“Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, respecto de los beneficiarios declarados por aquél, y por un período no inferior a un año contado desde su fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia.

En todo caso, las personas indicadas precedentemente, podrán renunciar al mencionado beneficio, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que les otorga el inciso quinto de este artículo.

Cuando corresponda, las Isapres tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones y/o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

Vencido el plazo establecido en el contrato para la vigencia del beneficio dispuesto en este artículo, terminará, conjuntamente con éste, el contrato de salud suscrito por el cotizante fallecido.

Terminada la vigencia del beneficio por fallecimiento del cotizante, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario que así lo requiera, un plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada por él en la Institución. En el evento que el requirente no hubiere devengado pensión o remuneración durante la vigencia del beneficio, la obligación se entenderá cumplida, ofreciéndole un plan cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada en la Institución por el cotizante fallecido. De aceptar las condiciones ofrecidas, el beneficiario tendrá derecho a incorporarse a la Institución de Salud, suscribiendo con ésta el respectivo contrato de salud.

Los contratos que se suscriban en virtud de esta disposición, quedarán sujetos a las limitaciones previstas en el inciso segundo del artículo 47 bis.”.

19) Agrégase, en el párrafo 5° el siguiente artículo 42 bis:

“Artículo 42 bis.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
2. Ser mayor de edad;
3. Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y
4. Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el numeral 17 del artículo 3°, deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos precedentemente señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.

Queda prohibido ejercer, simultáneamente, las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, suspensión de sus funciones hasta por un año o cancelación de su inscripción en el registro.”.

20) Agréganse, a continuación del artículo 44, los siguientes artículos 44 bis y 44 ter:

“Artículo 44 bis.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios.

La Superintendencia impartirá instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con esta obligación.

Las Instituciones podrán comunicar, en carácter de reservado, ciertos hechos o informaciones que se refieran a negociaciones aún pendientes que, al difundirse, puedan perjudicar el interés de la entidad.

Artículo 44 ter.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a otra Isapre que opere legalmente y que no esté afecta a alguna de las situaciones previstas en los artículos 45 bis y 46 de esta ley.

Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren en curso en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. En todo caso, los cotizantes podrán oponerse a la transferencia de sus contratos.

La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición, requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.”.

21) Reemplázase el inciso segundo del artículo 45, por el siguiente:

“Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.”.

22) Agrégase a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

“Artículo 45 bis.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento a uno o más de los indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa que la Superintendencia determine, a través de instrucciones de general aplicación, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que este organismo establezca en una instrucción dictada al efecto. Una vez subsanada dicha situación de incumplimiento, se alzarán las medidas adoptadas.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución deberá informar a la Superintendencia la circunstancia de haber incurrido en dicha situación de incumplimiento, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la constatación del mismo.

La Superintendencia podrá aplicar el mismo régimen contemplado en el inciso primero, cuando el patrimonio y/o la garantía de la Isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26 de esta ley.”.

23) Agrégase, en el artículo 46, el siguiente inciso segundo:

“Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aun cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 38.”.

24) Sustitúyese el inciso primero del artículo 46 bis, por el siguiente:

“Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas, beneficiarios y la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Con todo, previo a la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar la aceptación por otra Institución de la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.”.

25) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 46 bis, por el siguiente:

“No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución

acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N° 18.046. La fusión no podrá significar variación alguna en los contratos de salud vigentes desde seis meses antes en las Instituciones que se fusionan. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa dentro de los seis meses posteriores a la fusión.”.

Artículo 2°.- Las referencias que las leyes y reglamentos hagan a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o a la Unidad de Licencias de los Servicios de Salud, se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Seguridad Social, en lo tocante a las apelaciones o reclamos de licencias médicas autorizadas por la Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 3°.- Esta ley entrará en vigencia en el plazo de 120 días contado desde su publicación en el Diario Oficial.

Los contratos que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley deberán ajustarse a ella. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo 1° transitorio.- Dentro de los noventa días siguientes a la vigencia de la presente ley los contratos vigentes se ajustarán a sus disposiciones al cumplirse la próxima anualidad.

Artículo 2° transitorio.- Dentro del plazo de noventa días contado desde la vigencia de esta ley, las Isapres deberán realizar las adaptaciones de sus estatutos que fueren necesarias.

Artículo 3° transitorio.- Dentro del plazo de 60 días el Presidente de la República deberá dictar el Reglamento señalado en el inciso 4° del artículo 38.”.

Sala de la Comisión, a 18 de diciembre de 2002.

Acordado en sesiones de fechas 10, 15, 17, 29 y 31 de julio, 2 y 9 de octubre, 4, 5 y 11 de diciembre de 2002, con la asistencia de las diputadas señoras María Angélica Cristi y Carolina Tohá, y los diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló (Fulvio Rossi), Claudio Alvarado (Carlos Recondo), Rodrigo Álvarez, Francisco Bayo, Alberto Cardemil, Patricio Cornejo, Julio Dittborn, Camilo Escalona, Marcelo Forni, Guido Girardi, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, Eduardo Lagos (Carlos Abel Jarpa), Pablo Lorenzini (Presidente), Juan Masferrer (Iván Norambuena), Patricio Melero, Sergio Ojeda (Edmundo Villouta), Carlos Olivares (María Eugenia Mella), Osvaldo Palma, José Miguel Ortiz, Alberto Robles (Carlos Abel Jarpa), Exequiel Silva, y Gastón Von Mühlenbrock.

Se designó diputado informante al señor Accorsi, don Enrique.

(Fdo.): JAVIER ROSSELOT JARAMILLO, Abogado Secretario de la Comisión.