

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, que prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo.

BOLETÍN Nº 4.269-11.

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informaros respecto del proyecto de ley de la referencia, iniciado en moción de los Honorables Senadores Girardi, Gómez, Navarro, Ominami y Ruiz-Esquide.

A una o más sesiones en que la Comisión estudió este proyecto asistieron, además de sus integrantes, la Ministra de Salud, señora María Soledad Barría, y el Honorable Senador señor Juan Pablo Letelier.

Asimismo, asistieron, especialmente invitados por la Comisión:

Del Ministerio de Salud, el Jefe del Departamento Jurídico, señor Sebastián Pavlovic, el Jefe del Gabinete de la Ministra, señor Alan Mrugalski, el asesor jurídico, señor Eduardo Díaz, y el asesor de la Ministra, doctor Patricio Cornejo.

De la Superintendencia de Salud, el Superintendente, señor Manuel Inostroza, el Fiscal, señor Ulises Nancuentes y el Jefe de Estudios, señor Alberto Muñoz.

De Fonasa, la Fiscal, señora Erika Díaz, y la Jefe del Departamento Control y Calidad, señora Gladys Olmos.

De Clínicas y Entidades de Salud Privadas A.G, la Gerente, señora Ana María Albornoz, la Gerente de Estudio, señora María Eugenia Salazar, y el abogado señor Juan Pablo Pomes.

- - -

Cabe tener presente que la Comisión discutió el proyecto tanto en general como en particular, luego de ser autorizada para tal efecto por los Comités, por acuerdo de 3 de abril de 2007, ratificado por la Sala en sesión de esa misma fecha.

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

En lo fundamental, proscribir la posibilidad de exigir dinero o cheques en garantía de pago de las prestaciones de salud, pudiendo el prestador garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como tarjetas de crédito, pagarés y letras de cambio. No obstante, se establece que quien voluntariamente desee efectuar el pago de una prestación de salud mediante un cheque, puede hacerlo.

- - -

ANTECEDENTES

A.- ANTECEDENTES JURÍDICOS

- Constitución Política de la República, principalmente el artículo 19, N° 9, que establece el derecho constitucional a la protección de la salud, y el artículo 20 que consagra el recurso de protección en caso de privación, perturbación o amenaza de, entre otros, el derecho a la protección de la salud.

- Decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469.

- Decreto supremo N° 896, de 2000, del Ministerio de Salud, que modifica el decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de Régimen de Prestaciones de Salud que crea la ley N° 18.469.

B.- ANTECEDENTES DE HECHO

En la Moción con la cual los autores dan inicio al proyecto de ley en informe, desarrollan los siguientes considerandos:

En 1999 el Gobierno promulgó la ley N° 19.650 que reformó el sistema Fonasa, y buscó terminar con los abusos que se estaban generando con la solicitud de cheques en garantía para prestaciones médicas. Transcurridos 6 años de la publicación de esa ley, lejos de haberse superado la situación de abusos en la exigibilidad de cheques en garantía, se ha podido constatar con pesar que múltiples establecimientos de salud continúan exigiendo el instrumento mercantil con falta, abuso o fraude a la ley.

A efectos de aclarar la situación jurídica actual, conviene tener presente cual es la situación legal del cheque y su aplicación en materia de salud.

El cheque, en nuestra normativa legal, es una "orden de pago" que el librador estampa en un papel en el cual, por mandato previamente convenido, le indica al banco que pague al portador del documento la suma que en él se señala. No existe el cheque en garantía, el que según señala la moción no es más que un "artificio" generado por la astucia de algunos grandes operadores comerciales que han sabido valerse de las ventajas que presenta este instrumento para poner a resguardo y seguridad su patrimonio y acreencias.

El cheque en garantía, continúan, representa una práctica comercial que carece de amparo legal y jurisprudencial. Así, por ejemplo, la jurisprudencia de nuestros tribunales de justicia ha dicho sobre esta forma de pago, lo siguiente: "los cheques sólo pueden girarse en pago de obligaciones o en comisión de cobranza y no de otro modo, y menos girarse para la garantía de obligaciones o simplemente en garantía". (Fallo de la Corte Suprema de 4 de abril de 1984, y otros, en Revista Fallos del Mes de 1984 N° 305; Revista Derecho y Jurisprudencia 1992, Segunda Parte, y otros).

Por medio de la figura del cheque en garantía lo que se hace en consecuencia es convenir privadamente, entre el girador del cheque y el asegurado o garantizado, que se deje el instrumento en "garantía" del cumplimiento de otra obligación pecuniaria y para el evento de que ésta última no se solucione o cumpla, en circunstancias de que, por medio del documento, su girador se obliga incondicionalmente al pago.

Señalan que en el plano de la salud, el cheque en garantía ha sido masiva e indiscriminadamente utilizado por clínicas privadas y hospitales públicos, incluso bajo apariencias de legalidad, haciéndose suscribir a los afectados en momentos de apremio y angustia vital, documentos anexos al cheque que contienen mandatos o cartas de garantía general, todas ellas prácticas igualmente ilegales y arbitrarias. Otras veces derechamente solicitando el documento en blanco y sin mayores formalidades.

No resulta éticamente comprensible que instituciones dedicadas a salvar y dar vida, como debieran ser los recintos clínicos y médicos, puedan y hayan llegado en nuestro país a hacer justamente lo contrario: poner condiciones y requisitos previos de tipo comercial y patrimonial a la vida misma de quienes son sus usuarios.

Atendidas estas circunstancias es que mediante moción parlamentaria, el año 1998 se propuso eliminar totalmente la exigencia del cheque en garantía como condición para el otorgamiento de prestaciones médicas. Sin embargo, la moción precisa que fruto de la discusión parlamentaria, sólo se eliminó la exigencia del cheque para aquellos casos de "urgencia" o "emergencia" médica, quedando a criterio del respectivo centro médico la calificación de dicha situación, lo que ha podido comprobarse, ha sido la base de innumerables abusos y distorsiones que se siguen produciendo y generando.

En efecto, ley N° 19.650, conocida como "Ley de

Urgencias", dejó circunscrita sólo a los casos de emergencias calificadas por un médico cirujano la no exigibilidad del cheque en garantía, lo que representa, por un lado, una barrera comercial para acceder a un derecho básico como lo es la salud en todos aquellos casos en que se requieren prestaciones médicas no urgentes y, por otro, ha degenerado en múltiples situaciones de abuso de los establecimientos de salud que, en muchos casos, a pesar de encontrarse ante evidentes emergencias médicas, siguen solicitando cheques, tarjetas de crédito u otras garantías comerciales.

Los autores de la moción se refieren a un problema adicional que puede observarse en estos casos. Señalan que lo que ocurre es que, aprovechándose de la seguridad de pago y cobro que genera el cheque, las instituciones privadas de salud en ocasiones "retienen" indebidamente a pacientes que han otorgado el instrumento en garantía, privándolos del derecho a ser derivados, bajo pretextos y abusando de la desinformación de los pacientes, aún después de que se encuentran estabilizados, aumentando con el correr del tiempo sus ingresos y utilidades a costa del drama de vida en que se encuentran sus "clientes".

La ley debe prever esta situación y contemplar sanciones para este tipo de prácticas, materia que también abordan en el proyecto que presentan a tramitación.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL Y EN PARTICULAR

En la primera sesión en que la Comisión abordó la materia en informe, el **Honorable Senador señor Girardi** presentó el proyecto, destacando sus aspectos más relevantes.

Al respecto señaló que la principal motivación de la iniciativa, es brindar a todas las personas la seguridad de acceder a las prestaciones de salud que requieran en un momento dado, sin que ello esté condicionado a la exigencia de instrumentos mercantiles para garantizar su pago, particularmente cheques.

Indicó que la lógica del proyecto gira en torno a evitar que alguien no sea atendido por la circunstancia señalada anteriormente, toda vez que lo que corresponde es que la persona que lo necesite sea debidamente asistida y luego sea requerida de pago.

Recordó que, años atrás, se logró terminar con la exigencia de cheques en garantía previos a la atención de urgencia. Sin embargo, agregó, tal modificación, que despertó tanto apoyo de todos los sectores, lamentablemente no generó los efectos esperados y, en la práctica, no ha servido, debido a que los centros asistenciales, principalmente las clínicas privadas, entienden que están frente a una situación de urgencia sólo cuando hay riesgo vital. Indicó, en su calidad de médico, que tal interpretación es sumamente restrictiva, se aparta del espíritu de las modificaciones que se hicieron en su momento y deja a los pacientes y a sus familiares en una situación de desprotección.

A mayor abundamiento, existen numerosas urgencias que, por lo general, no importan un riesgo vital, como por ejemplo, una fractura. Asimismo, existe una delgada línea divisoria entre una situación de riesgo vital y otra que no lo es, porque un organismo puede descompensarse y caer en un compromiso múltiple con mucha rapidez.

En relación a la norma contenida en el artículo 2° de la moción que presentó junto a otros Honorables Senadores, que establece que en los casos en que una persona deba ser atendida de urgencia o emergencia, los beneficiarios tendrán siempre el derecho a ser trasladados a otro establecimiento de salud luego de su estabilización, y que el prestador tendrá la obligación de informar sobre ese derecho, sus condiciones y circunstancias y proceder a la derivación o traslado apenas ello sea factible, indicó que, tal como lo señala la disposición, la finalidad es que frente a una situación como la descrita el paciente antes que todo sea estabilizado y, luego, derivado al centro de salud que indique el paciente o su familia. En caso de incumplimiento de esta obligación corresponderá al prestador requerido ante una urgencia o emergencia asumir los mayores costos y cargos derivados de las prestaciones y atenciones médicas que se otorguen.

También expresó que, en su parecer, en las situaciones a las cuales se refiere el proyecto, tanto Fonasa como las Isapres podrían constituirse en avales de sus respectivos beneficiarios.

Finalmente, solicitó a representantes del Ministerio de Salud presentes en la sesión, estudiar mecanismos alternativos a los propuestos, que, en la misma línea de lo planteado en el proyecto, busquen perfeccionarlo.

La **Honorable Senadora Matthei** indicó que el tema que aborda el proyecto en estudio es muy complejo y que toca una infinidad de situaciones muy distintas entre sí, toda vez que, así como genera problemas como los planteados por el Honorable Senador señor Girardi, también da lugar a otras situaciones, como aquéllas en que pacientes terminales y sus familiares exigen de un recinto de salud determinado recibir todo tipo de atenciones, exámenes y tratamientos sin tener recursos económicos para responder por ellos.

En suma, agregó, la idea es evitar llegar a cualquiera de esos extremos, pero que, en todo caso, lo que se exija al sector privado también debe ser exigido respecto del sector público.

Considera que lo planteado por el proyecto en estudio debería ser abordado como parte de un seguro catastrófico de salud y hace un llamado a estudiar su proposición siguiendo el ejemplo de los seguros en materia de previsión contemplados para el fallecimiento prematuro y para los casos de invalidez. Debería existir un seguro social catastrófico, reiteró, indicando que la situación debería ser analizada desde una perspectiva distinta y considerar otro tipo de soluciones. Dicho seguro sería de un precio muy razonable porque actualmente algunas de estas

enfermedades están cubiertas por el AUGE y, por lo tanto, ellas no deberían estar incluidas en las enfermedades catastróficas. Pero, por ejemplo, un accidente grave, producto del cual una persona puede requerir cuidados intensivos por muchos días, es una catástrofe desde la perspectiva de su costo.

En otro orden de ideas, se manifestó contraria a lo planteado por el Honorable Senador señor Girardi en cuanto a que tanto Fonasa como las Isapres sean avales de sus respectivos beneficiarios.

Asimismo, junto al **Honorable Senador señor Ruiz-Esquide**, recordó que desde la aprobación del Pacto de San José de Costa Rica, vigente en nuestro país desde 1991, está prohibida la prisión por deudas, y la legislación lo ha ido reflejando gradualmente.

Es así como el nuevo Código Procesal Penal permite llevar a cabo este principio, aplicando por regla general sólo sanciones pecuniarias, y privilegiando la alternativa de pagar el valor del cheque en cuotas, por medio de un acuerdo reparatorio. La excepción a esto está dada por algunas situaciones que sí ameritan la intervención de un Fiscal, cuando existe un interés público comprometido en la persecución del delito de giro doloso.

Por su parte, la **señora Ministra de Salud** indicó que el tema que aborda el proyecto es muy relevante para los usuarios del sistema de salud. Agregó que su impresión es que se ha utilizado el cheque en garantía de un modo un tanto excesivo.

Para abordar el tema es necesario distinguir entre los siguientes elementos: uno es la denegación de atención, que no debiera ocurrir en casos de urgencia, y el otro, es el de carácter electivo, toda vez que los centros de atención buscan asegurar que les van a pagar por el servicio que prestan, aún cuando ello no sea con cheques.

Por tal motivo corresponde diferenciar entre la atención de urgencia, donde la atención no debe estar condicionada y bajo ninguna circunstancia debería negarse la atención, con la atención electiva, buscando un instrumento distinto al cheque para su garantía y posterior pago.

Indicó que, con motivo de la moción, la Cartera a su cargo ha iniciado un estudio de la situación, y solicitó tiempo para abordarlo con más profundidad, concordando los distintos elementos en juego. Adelantó que existe un problema de representación en la idea surgida en el curso del debate según la cual las aseguradoras son las llamadas a intervenir en estas situaciones, considerando a Fonasa también en tal condición, ya que podría ocurrir que una persona, siendo beneficiaria de Fonasa, no se atiende en esa calidad. En este caso, esa persona tendría que pagar y no podría involucrar a Fonasa.

En suma, su interés es dar garantías que no exista

denegación de atención de urgencia condicionada a asegurar su pago. Al respecto señaló que sería necesario redefinir los conceptos de urgencia y de emergencia para evitar la denegación de atención.

Un segundo aspecto es la manera según la cual los que otorgan atención se protejan con instrumentos distintos al cheque en garantía. Eso como un modo de restablecer la igualdad en la relación centro asistencial-paciente, porque no corresponde que la institución que brinda toda la atención tenga la posibilidad de llenar el cheque dejado en garantía, sin ninguna discusión ni posibilidad de oposición por parte del girador del documento. Además, no es una obligación tener cuenta corriente bancaria y por lo tanto cheques.

La tarea es buscar el instrumento apropiado que cumpla con la finalidad de cautelar que se pagará al prestador por la atención brindada. A modo de ejemplo, podría considerarse dejar un depósito para tal fin. Lo anterior es válido tanto para los centros de atención privados y públicos, señaló.

En el marco de la discusión del proyecto, la Comisión escuchó la exposición de diversos actores relacionados con el tema.

En primer término, se oyó la exposición que, respecto a la materia, efectuaron los representantes de Fonasa, denominada "Emergencia riesgo vital y/o secuela funcional grave" (2001 – 2006), quienes comenzaron refiriéndose al fundamento y marco legislativo de la materia, esto es, a las normas sobre emergencias o urgencias dentro del régimen de prestaciones de salud de la ley N° 18.469.

Entre los fundamentos de las normas destacaron la necesidad de facilitar el acceso a prestaciones de salud en condiciones excepcionales de las personas y una mayor equidad en el acceso, al no exigirse garantías económicas. Asimismo uniformar conceptos de emergencias o urgencias regidas por esta normativa y garantizar la atención emergencia.

La modificación de la ley N° 18.469, contenida actualmente en el decreto con fuerza de ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, constituye una reforma legislativa que garantiza que las personas, independientemente de ser beneficiarios de Fonasa o Isapre, puedan acceder a una atención oportuna por una emergencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave, sin que para ello se les exija dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier forma su atención.

Para graficar lo anterior, enunciaron lo dispuesto en el artículo 141, incisos tercero y cuarto, del citado decreto con fuerza de ley, conforme a los cuales: "En los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las

prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en el presente Libro y en el Libro I de esta ley.

Asimismo, en estos casos se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.”.

El artículo 143, letra a), del mismo cuerpo legal, contempla una norma que va en la misma línea, para el caso de la Modalidad Libre Elección, que permite la bonificación de entre el 60% y 90% de las prestaciones que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado.

Estas normas sobre emergencias, continuaron, se complementan con el reglamento de normas sobre emergencia, decreto supremo N° 896 de enero 2000, que modificó el decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, reglamentario de la ley N° 18.469. Así, el artículo 3° del citado reglamento define los términos de emergencia o urgencia, atención médica de tal naturaleza, certificación de las mismas y paciente estabilizado.

En cuanto al arancel, se han codificado las prestaciones con la modalidad pago asociado a emergencia (PAE), que constituye una cuenta conocida previamente.

Las representantes de Fonasa presentaron distintos gráficos relativos, entre otros, a los siguientes aspectos: operación y comportamiento del sistema en casos de urgencia o emergencia; diagnósticos de diversas enfermedades hasta los años 2004, 2005 y 2006; comportamiento de la hospitalización entre el año 2000 y el 2005; frecuencia de prestaciones entre el año 2000 y el 2006; gasto observado PAES; gasto observado post estabilización; procesos de fiscalización entre los años 2000 al 2006, y otros, que se encuentran a disposición de los Honorables Senadores en la Secretaría de la Comisión.

Luego precisaron algunas dificultades de operación observadas, entre ellas el aumento sostenido de la demanda y gasto; la capacidad limitada de control y fiscalización; la falta de suficiencia de camas críticas, rescates y otras; sistemas de gestión no interrelacionados; poca claridad en la información al beneficiario ya estabilizado; la programación de ingresos de urgencia; los traslados entre privados por incapacidad resolutive del primero, y cuentas de alto costo, entre otras.

Por último, especificaron las funciones del establecimiento hospitalario privado, en caso de urgencia o emergencia, y precisaron cuales son los pasos a seguir, que son los siguientes:

-Informar al coordinador del Ministerio de Salud del ingreso, estabilización y egreso del paciente.

-Si la patología del paciente estabilizado requiere su continuidad, el paciente será trasladado al establecimiento público, iniciándose el proceso de solicitud de cama y traslado correspondiente. Esto a menos que el paciente o su familia opten por permanecer en el establecimiento privado, caso en el que se debe firmar una opción por la modalidad libre elección e ingresar una garantía de respaldo.

- En los restantes casos, el coordinador del Ministerio de Salud iniciará la búsqueda de una cama en el sector público para el traslado del paciente. Si no existe posibilidad de traslado, autorizará la permanencia del paciente en un establecimiento privado.

- Informar por escrito al beneficiario o a quien lo represente los problemas de salud AUGE.

Luego la Comisión escuchó la presentación del señor Superintendente de Salud, quien se refirió a las urgencias, al uso del cheque en garantía y a los reclamos por la denominada ley de urgencias. Al respecto citó estadísticas de la ley de urgencias y abordó algunos aspectos críticos en el análisis de la normativa.

En relación al primer punto, esto es, "Urgencias y Cheque en Garantía", el señor Superintendente comenzó por definir qué es una condición de emergencia o urgencia, señalando que es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o toda condición de salud o cuadro clínico que implique secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. Lo anterior se acredita por medio de una declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, que deja constancia que el beneficiario se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y su diagnóstico probable.

Asimismo, señaló que un paciente se encuentra estabilizado cuando se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aún cuando la patología no esté resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Estas prestaciones de urgencia o emergencia, que cobra el establecimiento asistencial correspondiente, deben ser pagadas por la Isapre respectiva, y de ser necesario, cuando el plan sea insuficiente, la Isapre otorgará un préstamo al afiliado para el pago de la parte que no cubre el plan, préstamo que pagará por medio de cuotas cuyo valor dependerá de su renta o pensión imponible y corresponderá a un máximo de: 5% de la renta imponible, en el caso de los cotizantes dependientes, independientes y pensionados, y en el caso del cotizante voluntario, el máximo corresponderá

a la cotización pactada. Para el cálculo de reajustes e intereses mensuales, la Isapre considerará la variación que experimente el IPC y el interés corriente para operaciones reajustables.

Luego el señor Superintendente se refirió a los reclamos de beneficiarios de Isapres, y presentó varios gráficos al respecto:

Número de Reclamos Ingresados en la Superintendencia			
	Año 2004	Año 2005	Nov-06
Total de Reclamos por Urgencia	5	6	8
Reclamos Totales	10.792	7.547	3.695

Tasas de Reclamos Ingresados por cada 10.000 beneficiarios			
	Año 2004	Año 2005	Nov-06
Tasa de reclamos urgencia	0,02	0,02	0,03
Tasa de reclamos totales	40,4	28,2	13,9

Número de Reclamos Tramitados por las Isapres		
Materia de Reclamo	Julio - Diciembre 2005	Enero - Noviembre 2006
Atención de Urgencia (1)	13	13
Total de Otras Materias	6.953	8.546
Total	6.966	8.559

(1) A partir de la entrada en vigencia de la Circular IF N° 4, se comienza a trabajar con el detalle de reclamos por Submaterias

Número de Reclamos Tramitados por Fonasa		
Materia de Reclamo	Julio - Diciembre 2005	Enero - Agosto 2006
Atención de Urgencia (1)	182	246
Total de Otras Materias	3.766	5.197
Total	3.948	5.443

(1) A partir de la entrada en vigencia de la Circular IF N° 4, se comienza a trabajar con el detalle de reclamos por Submaterias

Reclamos Ingresados para resolución en la Superintendencia: ATENCIÓN DE URGENCIA				
Submaterias	Aseguradora	Año 2004 N° casos	Año 2005 N° casos	Nov-06 N° casos
0112 Negativa crédito atención de urgencia	FONASA	0	3	1
0148 Atención de urgencia	FONASA	0	28	77
Reclamos por Urgencias		-	31	78
Tasa de reclamos por cada 10.000 beneficiarios		-	0,03	0,07
Total de Reclamos y Controversias		-	65	159
Tasa Total por c/10.000 beneficiarios		-	0,06	0,14

También presentó estadísticas asociadas a la aplicación de la denominada “Ley de Urgencias”:

Problema de Salud GES asociados con riesgo vital	N° de personas Isapres
Infarto Agudo del Miocardio	833 *
DM tipo I con cetoacidosis	40 *
Accidente Vascular Encefálico Isquémico	501 **
Gran Quemado	29 ***
Aneurismas Cerebrales	172 ***
Politraumatizados	8.071 ***
Traumatismo Encefalocraneano (TEC) grave	1.546 ***
TOTAL	11.192

* N° de casos efectivos 1 año vigencia GES (2005)

** N° de casos proyectados 2 año vigencia GES (2006)

*** N° de casos estimados para el año 2007

Personas y Recursos Asociados a Ley de Urgencia

Concepto	N° de personas	Gasto total año 2005 (millones \$)	Gasto promedio (millones \$)	Monto facturado en Isapres año 2005 (millones \$)	Distribución % del gasto	Tasa por 100.000 beneficiarios
Atenciones de Urgencia con riesgo vital	549	949	1,7	749.699	0,1%	22

El señor Superintendente comentó luego la normativa vigente, formulando alcances y mencionando algunos aspectos críticos. Estimó que no debe asimilarse las atenciones de urgencia con las prestaciones electivas, pues naturalmente en las primeras el derecho a la vida e integridad física es más importante que el derecho de propiedad. En cambio, en la atención electiva, sí parece válido que los prestadores puedan exigir garantías, o establecer determinadas condiciones, en resguardo de su interés patrimonial.

En su opinión, en las atenciones electivas no se deben prohibir todos los mecanismos de garantía, sino sólo los ilícitos. Por tanto se deben aceptar los mecanismos lícitos de garantizar la deuda, y prohibir definitivamente situaciones que además de ilegales, efectivamente impidan el acceso a la atención de salud. En este sentido, se mostró a favor de prohibir a los prestadores exigir la entrega de cheques en garantía, a cualquier título, sea en prestaciones electivas o no. Los mecanismos lícitos debieran permitirse en las atenciones electivas o en aquellas que han dejado de ser urgencias. Exigir instrumentos mercantiles en garantía claramente no es ilegal y tampoco configura una barrera de acceso a la atención de salud, le asegura y facilita al prestador el cobro de la deuda que se generará,

agregó. Es así como no se advierte dificultad en la suscripción de un pagaré, por ejemplo.

En cuanto a la entrega de dinero, esto corresponde a un pago anticipado, sea total o parcial, y lícito, lo que para los beneficiarios de Isapre no presentaría inconvenientes, pues posteriormente se les reembolsa según el plan. El problema se presenta con los beneficiarios de Fonasa, en que el reembolso no está legalmente permitido.

Por último, manifestó que prohibir indiscriminadamente la imposición de condiciones es inconveniente, y especialmente perjudicial para los prestadores públicos, cuando otorgan atención a los beneficiarios de Isapres.

En relación al proyecto en estudio, el Superintendente hizo un análisis crítico del nuevo artículo 12 bis que se propone agregar a la ley N° 18.469, hoy contenida en el decreto con fuerza de ley N°1, del Ministerio de Salud, del año 2005. En él se establece el derecho a traslado a otro establecimiento, una vez certificada la estabilización, lo que no es novedoso, y ya está consagrado, tanto para los beneficiarios de Fonasa como de Isapres.

Asimismo, el artículo propuesto establece como obligación del prestador, informar sobre el derecho a ser trasladado, sus condiciones y circunstancias, y a realizar efectivamente el traslado. Aunque la obligación de informar estas materias es propia del seguro respectivo, le pareció acertada reiterarla en los prestadores, quienes deben facilitar la información al seguro.

Por otra parte, propuso estudiar la posibilidad de hacer un símil con el tratamiento de las urgencias en las GES. Al respecto, sugirió que el prestador sea obligado a comunicar a la Superintendencia vía web los nombres de los pacientes en urgencias; que el seguro debe revisar si el paciente es beneficiario y ocuparse de manejar el caso; si el seguro estima que no es urgencia o que la estabilización del paciente se produjo antes de lo informado por el prestador, solicita intervención de la Superintendencia para resolver. La solicitud debe ser suscrita por un médico inscrito en la Superintendencia, y ante solicitudes reiteradamente injustificadas, la Superintendencia sanciona al seguro.

Esto sería un claro beneficio para el afiliado, pues no es él quien debe iniciar el procedimiento de reclamo, y también es un beneficio para el prestador, que evita posibles cuentas impagas por la negativa de pago del seguro. Ahora bien, si el prestador no inscribe el caso en la página web, debería asumir el mayor costo que significa para el paciente mantenerse allí.

Otra de las entidades cuya opinión fue considerada durante la discusión del proyecto, es la de Clínicas y Entidades de Salud Privadas A.G.

La Gerente, doña Ana María Albornoz, señaló que su exposición tiene por objeto abordar las consecuencias económicas y las objeciones legales que puede generar la eliminación de los mecanismos de garantía de pago de las prestaciones de salud.

Como es de conocimiento de la Comisión, continuó, las prestaciones de salud, de acuerdo a su urgencia, pueden diferenciarse en prestaciones de salud que implican riesgo vital, caso en el que se otorga la prestación sin exigencia de ninguna garantía de pago por parte del prestador de salud; y prestaciones de salud programables, las cuales tienen un tiempo de planificación que le permite al paciente hacer un esfuerzo de búsqueda del prestador de salud más conveniente. En este último caso, destacó que el mercado de prestadores de salud es un mercado competitivo con una amplia oferta de alternativas y precios.

Estimó que, entre los factores que debe considerar el paciente al momento de seleccionar un prestador de salud para prestaciones programables, se encuentran la confianza y capacidad técnica del prestador de salud y el costo estimado de la atención y tipo de cobertura de salud (Isapre, Fonasa, préstamos médicos, seguros de salud, complementarios y catastróficos, y seguros catastróficos).

En las prestaciones de salud programadas, el paciente debe entregar una garantía de pago, se trate de prestadores de salud del sistema público o privado. En el caso de los prestadores de salud públicos esta garantía es una exigencia en atención institucional para los beneficiarios del grupo C y D (pagaré) y para todos los pacientes que se atiendan en pensionado (cheque en garantía).

Ahora bien, analizando la materia desde una perspectiva económica, cabe tener presente que la prestación de atenciones de salud es una actividad económica, que consume recursos y genera resultados. Los ingresos de esta actividad provienen en su totalidad del cobro por las atenciones de salud realizadas. En la operación de esta actividad, destacó, se produce una cadena de pagos relevante, donde el recurso humano es uno de los eslabones más significativos; existe una relación de obligatoriedad en el pago de los recursos, la cual no puede verse afectada por la incertidumbre en el cobro de los ingresos. A modo de ejemplo señaló: las remuneraciones del personal; los proveedores de insumos y equipos; los gastos de administración, y otros.

Estos pagos que deben efectuarse implican que los prestadores de salud deben buscar formas de garantizar el cobro. Para ello existen varias alternativas, como las siguientes:

- Utilizar efectos de comercio para garantizar el pago. Esto presenta como ventaja que establece una relación directa entre el prestador de salud y quien recibió la prestación de salud.

- Exigir una carta de resguardo de los aseguradores. La desventaja de esta forma de garantizar el pago es que obliga a tramitaciones complejas, ya que el asegurador no asume en la

mayoría de los casos la totalidad del costo de la prestación.

- Exigir un pago estimado anticipado. El problema es que ello obliga a las personas a disponer de la totalidad del costo de la prestación en forma previa. Por otra parte, se trata de un monto difícil de estimar a priori.

- Asumir un porcentaje de mora esperado y cargarlo en el precio. Ello afecta negativamente el precio de la mayoría de las personas que pagan sus obligaciones, encareciendo el sistema de salud.

En relación al pago de estas prestaciones de salud, la señora Albornoz precisó que aún cuando hoy existe la posibilidad de exigir documentos de garantía de pago, hay un porcentaje no menor de mora y latencia en el pago de las referidas prestaciones, el cual se asume que aumentaría si se liberara esta obligación.

En su opinión, la moción, en los términos que está planteada, generaría efectos negativos de mediano y largo plazo. Destacó que se envían al mercado señales de incertidumbre de ingresos, lo que genera un aumento de los precios; al aumentar los precios, se afecta la posibilidad de acceso de las personas, disminuyendo su capacidad de elegir y el mercado se restringe, haciéndolo menos atractivo para nuevos inversionistas.

Finalizada la exposición de la señora Albornoz, hizo uso de la palabra el señor Juan Pablo Pomes, abogado de Clínicas y Entidades de Salud Privada A.G, quien efectuó comentarios de carácter jurídico a la iniciativa.

En ese sentido, manifestó que toda actividad económica lucrativa puede establecer un pago por los servicios prestados y tomar las precauciones para garantizarlo. La ley regula extensamente las formas de garantizar el pago de servicios y bienes otorgados, pues el legislador siempre ha considerado legítimo el que se pueda garantizar el pago de un bien o servicio, antes de otorgarse el mismo. Es el caso de garantías tales como la prenda, fianza, hipoteca y otras.

La Constitución Política de la República, continuó, asegura a todas las personas el derecho a desarrollar una actividad económica, en el artículo 19 número 21, y a la no discriminación arbitraria en el trato que debe dar el Estado en materia económica, en el numeral 22 de la misma norma. En consecuencia, trato igualitario que no implique discriminación arbitraria. Por otra parte, el mismo artículo 19, en su número 2, asegura la igualdad ante la ley, ni la ley ni autoridad alguna pueden establecer diferencias arbitrarias.

En su opinión, el impedir que un sector económico determinado pueda garantizar la prestación de sus servicios por los medios establecidos por la ley, importa una discriminación arbitraria frente a otros sectores económicos que si podrán hacerlo, vulnerándose con ello las garantías señaladas precedentemente.

La ley, continuó, establece los efectos de comercio mediante los cuales se puede documentar el pago a plazo, entre ellos, el pagaré, letra de cambio y otros. Es completamente lícita y legal la utilización de estos efectos de comercio para documentar un pago a plazo. Impedir su utilización por los prestadores de salud, importa una gran arbitrariedad.

Por otra parte, la ley impone a todos quienes realizan una actividad económica, la obligatoriedad de cumplir con los pagos comprometidos con sus empleados y proveedores. Basta analizar la legislación laboral, previsional y comercial. No es eximente de esta obligación la mora o demora en la recaudación de los ingresos, por ende la imposibilidad de garantizar los ingresos no es correlativa con las obligaciones anteriores.

El proyecto de ley no se limita a impedir que se pueda garantizar el pago de una prestación de salud previo a su otorgamiento, incluso lo hace después de otorgada. Con ello, en el hecho, el pago y su oportunidad dependerán sólo de la voluntad del paciente. Ello haría inoperante la posibilidad legal de los prestadores de salud e incluso del Fonasa de otorgar créditos, pues de no poder documentarse el pago y garantizarse, no es posible otorgar un crédito.

Los Honorables Senadores hicieron presente a los representantes de Clínicas y Entidades de Salud Privada A.G que, durante la discusión del proyecto, la Comisión ha consensuado que la prohibición de exigencia de instrumentos mercantiles que garanticen el pago en el caso de prestaciones médicas que no sean consideradas de urgencia y/o emergencia, no puede ser total, y por eso se trabaja en una forma para sustituirlo por otros instrumentos mercantiles como la letra de cambio y el pagaré.

La señora Albornoz se mostró de acuerdo con dicha posibilidad, concordando que el cheque tiene connotaciones negativas de las que están exentos otros instrumentos de garantía.

Durante el debate del proyecto, la Comisión contó con el apoyo de representantes del Ejecutivo, y se analizaron distintas propuestas para sustituir sus normas.

El señor Pavlovic, Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, señaló que, previo a realizar una propuesta en la materia, era conveniente obtener una información ya solicitada a la división de gestión de coordinación de redes, en cuanto a la posibilidad de no sólo recibir a los derivados del sector privado en el caso de urgencias o emergencias, sino también rescatarlos, que es uno de los elementos que de algún modo se incentivan al eliminar el cheque.

Por otra parte, indicó que la disposición del Ejecutivo va en la línea de perfeccionar la norma que se aplica en los casos de urgencia o emergencia, artículos 141 y 173 del decreto con fuerza de ley

Nº1, de 2005, y también considerar que habría situaciones que no son de riesgo vital o secuela funcional grave o permanente, pero no obstante, para el afectado, atendido por ejemplo el nivel de dolor, sí tenían esta connotación. Por otra parte, analizar la posibilidad de ampliar los instrumentos de crédito que se pueden utilizar en el caso de las restantes situaciones, más que en el prohibir el cheque. Es decir, que igualmente se permita garantizar el pago, por ejemplo a través de letra de cambio o pagaré, que son bastante utilizadas actualmente en el sector público.

La **Honorable Senadora señora Matthei** manifestó que, en su opinión, hay que distinguir dos situaciones. En el caso de urgencias y emergencias, la persona debe ser atendida de inmediato, dejando el problema financiero en un segundo plano. Es la vida la que está en juego, y la antedicha situación ya está resuelta en la ley. No obstante, tratándose de otras atenciones de salud, la situación es distinta. Naturalmente quien quiere acceder a un determinado servicio, debe pagar por él, y el que lo presta tiene derecho a asegurar de alguna forma ese pago; si la persona carece de recursos, tendrá que pagar el Estado, o prestar el servicio a través de sus organismos, pero un prestador privado no puede ser obligado a dar un servicio gratuitamente cuando este servicio tiene un costo.

El **Honorable Senador señor Girardi** precisó que el proyecto no busca favorecer el no pago de las prestaciones, más aún, en el seno de la Comisión se ha barajado la posibilidad de favorecer la suscripción de otros instrumentos mercantiles. Ello pues el cheque tiene connotaciones particulares, como son:

- Mucha gente que requiere atenderse en hospitales o clínicas privadas no tiene cuenta corriente, y por tanto cheques;

- Se exige, antes de otorgar la prestación, la entrega de un cheque en blanco, en garantía, cheque que va a ser llenado unilateralmente por el hospital o clínica, con posterioridad, dificultando hasta casi hacer imposible la posibilidad de reclamar si existen cobros indebidos; y

- Existe adicionalmente la presión de poder privar al girador del cheque de la libertad, en determinadas hipótesis de no pago del cheque.

El **Honorable Senador señor Ruiz- Esquide**, por su parte, señaló que quien contrae una obligación de pago tiene que cumplirla. No obstante, es dable reconocer que la salud no es un bien al que pueda darse el mismo tratamiento que los restantes. Es por ello que el artículo 141 del decreto con fuerza de ley Nº 1, del año 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley Nº 2.763, de 1979, y de las leyes Nºs 18.933 y 18.469, en su artículo 141, proscribió la exigencia de cheque en el caso de urgencia o emergencia, pero una vez que el paciente está estabilizado, en su opinión es legítimo que el prestador exija un instrumento para garantizar su pago. Y en este sentido, es necesario prever un sistema, o perfeccionar el actualmente contemplado, que garantice que el paciente deje la clínica u hospital privado, y sea trasladado a un servicio de salud estatal, tan pronto sea posible.

Manifiesta lo anterior haciendo presente que su aspiración es a una salud de calidad y gratuita para todos, y que el cheque le parece un instrumento peligroso. Pero dada la situación actual del país, no puede prohibirse la exigencia de un instrumento mercantil para asegurar el pago.

En la sesión se debatió la posibilidad de sustituir el cheque como garantía de pago, por otro instrumento mercantil, como una tarjeta de crédito, letra de cambio o pagaré, idea que compartieron los Honorables Senadores integrantes de la Comisión. Se tuvo presente que en el caso de estos dos últimos, previo a hacer efectivo el cumplimiento forzado se requiere una actuación judicial de preparación de la vía ejecutiva, salvo el caso que las firmas hayan sido autorizadas ante Notario. Asimismo ellos carecen de la amenaza de privación de libertad que existe en el caso del cheque. En consecuencia, al tiempo de prohibir en el caso de prestaciones de salud que no sean de urgencia o emergencia, la exigencia del cheque como garantía de pago, se abre este abanico de posibilidades alternativas de instrumentos mercantiles que sí podrán ser exigidos por el prestador.

Por otra parte, a iniciativa de la Honorable Senadora señora Matthei, se acordó contemplar la posibilidad que quien voluntariamente, sin mediar presión ni coacción de ninguna especie, desee garantizar el pago de las prestaciones médicas mediante un cheque, está autorizado a hacerlo.

APROBACIÓN EN GENERAL

--En votación, la Comisión aprobó la idea de legislar sobre el proyecto, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Girardi, Kuschel y Ominami.

Aprobado en general el proyecto, y recogiendo las ideas vertidas y consensuadas durante el debate, los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Girardi, Kuschel y Ominami, presentaron una **indicación**, para sustituir el texto del proyecto. En su redacción contaron con la colaboración de los asesores jurídicos del Ministerio de Salud. El texto de la indicación es el siguiente:

“Artículo único. Modifícase el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, de la siguiente forma:

1.- Incorpórase el siguiente artículo 141 bis:

"En ningún caso los prestadores de salud podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el

otorgamiento de cheques o dinero efectivo. En estos casos, el establecimiento de salud podrá garantizar el pago mediante otros medios idóneos, tales como el registro de la información contenida en tarjetas de crédito, o mediante letras de cambio o pagarés, los que se sujetarán a las normas de la ley N° 18.092.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, efectuar el pago de las citadas prestaciones por medio de un cheque correspondiente a la cuenta corriente bancaria de la que sea titular.”.

2.- Incorpórase el siguiente artículo 173 bis:

“En ningún caso los prestadores de salud podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o dinero efectivo. Sin perjuicio de lo anterior, el establecimiento de salud podrá garantizar el pago mediante otros medios idóneos, tales como el registro de la información contenida en tarjetas de crédito, o mediante letras de cambio o pagarés, los que se sujetarán a las normas de la ley N° 18.092.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, efectuar el pago de las citadas prestaciones por medio de un cheque correspondiente a la cuenta corriente bancaria de la que sea titular.

En los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso séptimo del artículo anterior.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Girardi, Kuschel y Ominami.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

En conformidad a los acuerdos adoptados, la Comisión de Salud os propone aprobar el proyecto de ley en informe, en los siguientes términos:

PROYECTO DE LEY

“**Artículo único.** Modifícase el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, de la siguiente forma:

1.- Incorpórase el siguiente artículo 141 bis:

"En ningún caso los prestadores de salud podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o dinero efectivo. En estos casos, el establecimiento de salud podrá garantizar el pago mediante otros medios idóneos, tales como el registro de la información contenida en tarjetas de crédito, o mediante letras de cambio o pagarés, los que se sujetarán a las normas de la ley N° 18.092.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, efectuar el pago de las citadas prestaciones por medio de un cheque correspondiente a la cuenta corriente bancaria de la que sea titular.”.

2.- Incorpórase el siguiente artículo 173 bis:

“En ningún caso los prestadores de salud podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o dinero efectivo. Sin perjuicio de lo anterior, el establecimiento de salud podrá garantizar el pago mediante otros medios idóneos, tales como el registro de la información contenida en tarjetas de crédito, o mediante letras de cambio o pagarés, los que se sujetarán a las normas de la ley N° 18.092.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, efectuar el pago de las citadas prestaciones por medio de un cheque correspondiente a la cuenta corriente bancaria de la que sea titular.

En los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso séptimo del artículo anterior.”.

- - -

Acordado en sesiones celebradas los días 3 de octubre, 7 de noviembre, 13 y 19 de diciembre, todos de 2006, y 6 de marzo, 3, 10 y 17 de abril, de 2007, con asistencia de los Honorables Senadores señor Guido Girardi Lavín (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Carlos Ignacio Kuschel Silva, Carlos Ominami Pascual (Alejandro Navarro Brain) y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Sala de la Comisión, a 24 de abril 2007.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE PROHÍBE CONDICIONAR LA ATENCIÓN DE SALUD AL OTORGAMIENTO DE CHEQUES O DINERO EN EFECTIVO.

(Boletín N° 4.269-11)

- I. **PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** En lo fundamental, proscribir la posibilidad de exigir dinero o cheques en garantía de pago de las prestaciones de salud, pudiendo el prestador garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como tarjetas de crédito, pagarés y letras de cambio. No obstante, se establece que quien voluntariamente desee efectuar el pago de una prestación de salud mediante un cheque, puede hacerlo.
- II. **ACUERDOS:** Aprobado en general y en particular por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión **(Unanimidad) (4X0)**.
- III. **ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** Un artículo único que contiene dos numerales, mediante los que se cumple el objeto señalado.
- IV. **NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** No tiene.
- V. **URGENCIA:** No tiene.
- VI. **ORIGEN INICIATIVA:** La iniciativa tuvo su origen en el Senado, en Moción de los Honorables Senadores señores Girardi, Gómez, Navarro, Ominami y Ruiz-Esquide.
- VII. **TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** Primero.
- VIII. **INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 4 de julio de 2006.
- IX. **TRÁMITE REGLAMENTARIO:** Primer informe. Discusión en general y en particular.

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

- Constitución Política de la República, principalmente artículo 19 N° 9 que establece el derecho constitucional a la protección de la salud, y el artículo 20.

- Decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° s 18.933 y 18.469.

- Decreto supremo N° 896, de 2000, del Ministerio de Salud, que modifica el decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de Régimen de Prestaciones de Salud que crea la ley N° 18.469.

Valparaíso, 24 de abril de 2007.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión