INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado.

BOLETÍN Nº 8.105-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la suma, iniciado en Mensaje del Presidente de la República.

Se hace presente que las disposiciones de esta iniciativa legal son propias de ley común. Además, no afectan la organización y atribuciones de los tribunales de justicia. El proyecto ha sido declarado de urgencia por el Ejecutivo, en carácter de suma, por lo que el plazo legal para su despacho vence el 6 de febrero del año en curso.

A la sesión en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, las siguientes personas:

- Del Ministerio de Salud: El Ministro, doctor Jaime Mañalich Muxi; el asesor, doctor Juan Cataldo Acuña; el asesor legislativo, señor Jaime González Kazazian, y el periodista, señor Pablo Solís Martínez.

- De la Superintendencia de Salud: la Superintendenta (S), señora Liliana Escobar Alegría; el Jefe de Estudios, señor Roberto Arce, y la periodista, señora Johanna Osorio.

- De la Biblioteca del Congreso Nacional: la analista, señora Irina Aguayo Ormeño.

- Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el coordinador, señor Pedro Pizarro González.

- Del Instituto Libertad: el asesor legislativo, señor Ignacio Charme Fuentes.

- Los asesores del Honorable Senador señor Chahuán, señora Marcela Aranda Arellano y señores Marcelo Sanhueza Mortara y Hugo Reyes Farías.

- - - - - - - -

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

De acuerdo con el mensaje con que se inicia, la iniciativa procura incrementar los niveles de eficacia del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución Política de la República. Para ello propone adoptar las siguientes medidas en el sistema privado de salud, sin afectar las Garantías Explícitas de la ley N° 19.966:

- definir un plan garantizado de salud, que asegure un conjunto uniforme de prestaciones, que no discrimine por sexo ni edad y que elimine la cautividad motivada por la preexistencia de enfermedades; cada Isapre asignará a este plan un precio único;

- consagrar la facultad de las partes del contrato de seguro de salud para contratar beneficios complementarios que mejoren la cobertura;

- incluir el subsidio por incapacidad laboral;

- reformar integralmente el financiamiento del sistema de salud privado, incorporando un mecanismo solidario, y

- crear indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas, que sirvan de referencia para que un Panel de Expertos establezca índices para el ajuste de los precios de los planes de salud, indicadores que versarán sobre la variación de los precios de las prestaciones y sobre la frecuencia de uso de las mismas.

No obstante, cabe señalar que la Cámara de Diputados, en el primer trámite constitucional, eliminó del proyecto las normas referidas a la creación de un plan garantizado de salud y aquellas que instauran lo que se ha llamado el IPC de la salud.

- - - - - - -

ANTECEDENTES DE DERECHO

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

- Artículo 19 N° 9° de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud.

- Artículo 19 N° 18° de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la seguridad social.

- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

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

- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

- - - - - - -

DISCUSIÓN Y APROBACIÓN EN GENERAL

Al comenzar el debate, el Ministro de Salud, doctor Jaime Mañalich recordó los principales aspectos contenidos en el Mensaje del Presidente de la República con el que se dio inicio a la tramitación del presente proyecto de ley.

En primer lugar, hizo presente que el Tribunal Constitucional, en un fallo del mes de agosto del año 2010, puso de manifiesto la falta de solidaridad existente en el sistema de salud privado al dar término al uso de la tabla de factores como un mecanismo para ajustar los precios del plan complementario de salud.

En ese mismo sentido, informó que los ajustes del precio base de los planes han propiciado la presentación de al menos 50.000 recursos de protección por parte de afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), que han sido fallados sistemática y uniformemente en favor de los recurrentes. Sin embargo, precisó, el valor de las costas a que han sido condenadas las aseguradoras se han traducido en un aumento de las primas –alrededor de $ 6.000 por persona- que deben pagar mensualmente aquellos beneficiarios que no han ejercido su derecho a reclamar el alza de los planes.

Agregó que a los antecedentes antes aportados se ha sumado la reciente sentencia expedida por la Corte Suprema de Justicia que determinó que el alza de los planes de salud debe fundamentarse en razones técnicas y objetivas y no provenir de una decisión unilateral de las Isapres.

Por otra parte, rememoró también el trabajo que realizó la Comisión Presidencial de Salud, que en diciembre de 2010 generó un informe que postulaba la creación de un plan garantizado de salud concebido como un fondo solidario de compensación de riesgos. Evocó asimismo la labor de los actores políticos durante el año 2011, que validó técnicamente la implementación del citado plan y adicionó la idea de diseñar el denominado IPC de la salud.

En definitiva, resumió, todos los antecedentes anteriormente expuestos han sido tenidos en consideración al momento de fundamentar el Mensaje que dio origen a la iniciativa de ley y al presentar los argumentos del Ejecutivo en su posterior tramitación legislativa.

En otro aspecto, explicó que la estructura actual de los seguros que proporcionan las Isapres incorpora las licencias médicas como parte de un fondo único para todos los asegurados; el plan de las Garantías Explícitas en Salud (GES); el correspondiente plan complementario con las prestaciones y coberturas de FONASA libre elección, y los demás beneficios pactados.

Por el contrario, la nueva estructura del Plan Garantizado de Salud (PGS) que se propuso en el proyecto en discusión está compuesta por cuatro elementos que, de acuerdo a información entregada por la Superintendencia de Salud, prácticamente agotan la totalidad de la cotización obligatoria de salud: el examen de medicina preventiva obligatorio que debe entregar cada aseguradora; el sistema de Garantías Explícitas en Salud; las prestaciones no GES con copagos máximos para el régimen hospitalario ambulatorio, y la transformación de la cobertura adicional de enfermedades catastróficas en un seguro financiero.

Añadió que el PGS será único para todos los beneficiarios del sistema de las Isapres y no incluirá el subsidio por incapacidad laboral, que será acumulado en un fondo diferente, a partir de un porcentaje de la cotización obligatoria de cada afiliado, haciéndolo progresivo, a diferencia de lo que ocurre actualmente, en que se presenta como un subsidio regresivo, hacia aquellos cotizantes que tienen mayores rentas.

Finalmente, enfatizó que con la implementación del PGS se dará término a la figura de afiliados cautivos, puesto que aquellos que estén adscritos a una Isapre y deseen cambiarse a otra no tendrán limitaciones de acceso, cobertura ni períodos de carencia.

Respecto del denominado IPC de la salud, destacó que el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) calculará anualmente los ajustes que deberán experimentar los precios de los

planes de salud ofrecidos por las Isapres, de conformidad con los siguientes factores: frecuencia de uso de las prestaciones de salud otorgadas; gastos efectuados como consecuencia de subsidios por incapacidad laboral, y precios de las prestaciones derivadas del PGS.

Incluso, puntualizó, a pesar de que no ha concluido la tramitación legislativa de la presente iniciativa, el INE informará el primer resultado del IPC de la salud antes del 31 de marzo del año en curso, con la esperanza de que se transforme en una referencia objetiva para que las Isapres ajusten sus precios basándose en ese indicador.

El señor Ministro consignó que el Ejecutivo pretende reponer la idea de que el PGS funcione con una tarifa plana para todos los beneficiarios, pero con un descuento para los cotizantes y cargas menores de 25 años.

Concluyó su intervención manifestando la disposición del Ejecutivo para incorporar en el proyecto de ley las iniciativas parlamentarias sobre la materia que han sido de conocimiento de la Comisión de Salud del Senado.

A continuación, el Honorable Senador señor Girardi valoró la posibilidad de avanzar en una mayor regulación del sistema de salud privado, ya que ha sido un anhelo que por falta de voluntad no se pudo llevar a cabo en gobiernos anteriores. Incluso, recordó que votó en contra de la reforma a la salud que se llevó a cabo el año 2005, porque estimó que esa ley no afectaba en lo más mínimo a las Isapres, juicio que la experiencia ha confirmado.

Hizo presente que ha presentado varios proyectos de ley para regular el sistema de Isapres, con la finalidad de eliminar el riesgo para la salud de los habitantes del país que implica la falta de obligación de implementar medidas preventivas. Lo anterior, debido a que las Isapres no tienen incentivos para hacerlo, ya que la normativa les permite no afiliar, gravar sobremanera o expulsar a las personas que puedan ser riesgosas. Por ello, agregó, es relevante que los planes de salud tengan el carácter de vitalicios, para que las Isapres financien la prevención de enfermedades cuya cobertura a futuro puede resultarles muy onerosa.

En otro ámbito, señaló que no es posible mantener un sistema de salud que se funda en la desigualdad ante la ley y que discrimina adultos mayores, niños, mujeres y enfermos.

Igualmente, reclamó la eliminación de las preexistencias, que consideró una aberración y un atentado a los derechos humanos de los enfermos.

Todas esas fallas del sistema, aseguró, han situado a las Isapres fuera del Estado de Derecho, debido a que han violado sistemáticamente la Constitución y la ley al aumentar unilateralmente el costo de los planes, sin que ello guarde relación con el aumento del valor de las prestaciones y los insumos, con la sola finalidad de aumentar sus utilidades en desmedro de los derechos de las personas. A mayor abundamiento, destacó que esas situaciones han sido corregidas en parte por los Tribunales Superiores de Justicia en innumerables fallos que han favorecido a los afiliados.

En ese contexto, si bien manifestó no estar en contra de la existencia de un sistema de salud privado, sí lo está respecto de un sistema usurero y abusador.

Por otro lado, resaltó que lineamientos centrales del proyecto deben ser el aumento de la cobertura, de modo que no haya plan alguno que financie menos del 80% del valor de las prestaciones; poner fin a la discriminación por sexo, edad o condición, lo que viola la garantía constitucional de igualdad ante la ley; el término de las exclusiones y preexistencias; impedir la modificación unilateral por las Isapres de los contratos; la eliminación del período de carencia en las licencias médicas, habida cuenta de que los trabajadores pagan con sus cotizaciones el financiamiento de las mismas, y el establecimiento de contratos de salud de vigencia vitalicia.

Acotó que se debe examinar profusamente el tema del rechazo de las licencias médicas por parte de las Isapres, ya que se perjudica de forma importante a personas enfermas.

En virtud de lo anteriormente expuesto, expresó su apoyo a la iniciativa de ley, en el entendido que en el siguiente trámite reglamentario se incorporarán las ideas que se han plasmado en otras mociones que ha tratado la Comisión.

En ese orden de cosas, el Honorable Senador señor Chahuán reseñó que algunos miembros de la Comisión han sostenido una conversación con el señor Ministro, en busca de acuerdos que permitan destrabar la tramitación de este proyecto. En el curso de ella, razonó, se ha constatado que existe voluntad política para aprobar en general el proyecto en la Comisión durante la presente sesión, para que posteriormente la Sala del Senado pueda discutir la idea de legislar.

Lo anterior, en el entendido de que el señor Ministro se ha comprometido a considerar todos los contenidos de los proyecto de ley de que son autores varios Senadores y que tratan las mismas materias que abarca la iniciativa en informe. Entre ellas, destacó que se aspira a incorporar en la Ley de Isapres normas claras sobre un IPC de la Salud, el Plan Garantizado de Salud y un sistema de acceso universal que permita a los cotizantes comparar en línea los precios del

plan de salud. Al mismo tiempo, se pretende recuperar la credibilidad del sistema mixto de salud, afectada por la conducta de las Isapres.

Con ello, afirmó, se da una señal política potente, en el sentido de que el legislador procura armonizar la Ley de Isapres con lo que han resuelto los fallos del Tribunal Constitucional, de varias Cortes de Apelaciones y de la Corte Suprema, recaídos en decenas de recursos de inaplicabilidad por inconstitucionalidad, en un recurso de inconstitucionalidad y en miles de recursos de protección originados en la existencia de tablas de factores y en las alzas unilaterales de los precios de los planes de salud.

En ese contexto, instó a los demás miembros de la Comisión a aprobar la idea de legislar para, posteriormente, recoger las otras iniciativas sobre la materia[1]. Asimismo, solicitó al señor Ministro la conformación de una mesa técnica que se aboque al estudio del proyecto y promueva la consecución de acuerdos a su respecto.

Por su parte, el Honorable Senador señor Rossi aseveró que la iniciativa en discusión representa un hito relevante en la historia de la salud chilena, ya que representa una oportunidad para reformar integralmente el sistema de salud privado, haciéndose cargo del principal problema que presenta, esto es, que la calidad de las prestaciones depende directamente del poder adquisitivo de las personas. Por ello, agregó, existe gran expectación por conocer la tramitación que tendrá este proyecto, que tiene que ver con la vida y la salud de casi tres millones de personas.

En efecto, recalcó que cualquier sistema de salud debe operar en base a una distribución de los servicios y de los recursos que se funde en los riesgos sanitarios y que considere en sus cimientos el concepto de solidaridad.

Además, junto con celebrar que señor Ministro esté llano a debatir sobre el contenido de los proyectos planteados por los Senadores, que tienen que ver con los problemas que se presentan a las personas que requieren los servicios de las Isapres, como la integración vertical entre aseguradores y prestadores, se mostró contrario a que los precios de las prestaciones sean fijados por los aseguradores, lo cual hace imprescindible fijar un IPC de la salud, que, a su juicio, debe ser vinculante y no meramente referencial.

En otro aspecto, acotó, es impresentable que el Congreso legisle otorgando a los cotizantes y beneficiarios del sistema menos derechos que los que les han reconocido los tribunales de nuestro país. El Tribunal Constitucional ha declarado que no se puede discriminar a las personas por motivos ajenos a su voluntad, porque la gente no elije enfermarse o ser joven o ser mujer en edad fértil, de lo que

[1] Proyectos de ley Boletines N°s 6.903-11, 7.955-11 y 8.792-11.

se ha seguido la declaración de inconstitucionalidad y subsecuente derogación de varias disposiciones de la ley actual. En definitiva, las Cortes del Poder Judicial han declarado reiteradamente que no se pueden elevar los precios de los planes de manera injustificada.

En ese contexto, informó que hoy se ha celebrado un acuerdo político para poner fin a los abusos y, de esa manera, defender los derechos de los afiliados a las Isapres a acceder a la salud sin déficit de cobertura, sin preexistencias, sin alzas arbitrarias y unilaterales de los precios de los planes y para lograr que las Isapres deban enfrentar la prevención en salud.

Luego, exhortó a los demás miembros de la Comisión a aprobar en general el proyecto e introducir al sistema solidaridad y justicia, puesto que hoy se conjugan diversos factores que hacen viable una reforma integral al seguro de Isapres y a lo que se ha convertido en el mercado de la salud chilena.

Asimismo, concluyó, la concurrencia a este acuerdo de parlamentarios de oposición y de parte de los de la Alianza por Chile es algo que no se había dado y permite augurar que los votos suficientes estarán cuando llegue el momento de votar en Sala.

Concordó con dicha opinión el Honorable Senador señor Girardi, quien destacó el esfuerzo hecho por el Ministro de Salud. Por ello, se mostró disponible para aprobar en general esta legislación sobre Isapres, porque el Ministro y el Gobierno han aceptado regular integralmente el sistema privado de salud, incorporando a la discusión los proyectos iniciados por moción de los Senadores de esta Comisión.

Reiteró que ideas que merecen apoyo son la creación del IPC de la Salud y el Plan Garantizado de Salud, para no confundir a los cotizantes con miles de planes diferentes, formulados de manera de muy difícil comprensión.

En definitiva, continuó, este proyecto permitirá devolver a los chilenos un sistema privado de salud viable, transparente y que priorice la salud de las personas y no los intereses pecuniarios de los aseguradores. Afirmó también que está a favor de que el sistema sea rentable, pero dentro de márgenes que no castren los derechos de las personas.

Por todas estas razones, consideró que el acuerdo alcanzado es de gran valor y confía en que habrá la mayoría necesaria en el Senado para aprobarlo. No obstante, admitió que el señor Ministro ha informado que no cuenta aún con la aprobación de Hacienda para todos estos temas, por lo que señaló que será labor de la Comisión influir para que los recursos sean oportunamente provistos.

A su turno, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide sostuvo que muchos parlamentarios, entre los que se incluyó, han luchado desde hace 25 o 30 años contra un modelo de salud privado que adolece de ilegitimidad desde su origen, pues nació durante la dictadura y obligó a las personas a afiliarse a él, lo mismo que al sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Luego, detalló cuáles son los fundamentos para el cambio que se pretende en el sistema privado de salud.

En primer lugar, recalcó que no se trata propiamente de un sistema de salud, sino de un negocio financiero, de seguros, en un mercado fuertemente concentrado, que impone contratos leoninos y está protegido por una normativa que no se ha podido corregir en la medida necesaria. En efecto, un modelo que obstruye el acceso a quienes están enfermos es la negación misma de un sistema de salud, tal como lo entiende la Organización Mundial de la Salud.

Por ello, celebró que se haya alcanzado un acuerdo para entrar a un debate de las cuestiones de fondo, especialmente en un momento en que la convicción general es que el sistema de Isapres no da para más.

Añadió que por primera vez existe la posibilidad de lograr un acuerdo político mayoritario en el Senado y en la Cámara de Diputados que permita avanzar en la solución de alrededor de un 80% de los problemas que hoy se presentan en el sistema de Isapres.

Conjuntamente, destacó también el nuevo hecho político que se ha producido, en que un sector de la Alianza por Chile ha aceptado el desafío de aprobar las ideas que acá se han expuesto y que serán examinadas en la discusión particular que deberá tener lugar a partir de marzo, pese a que reconoció que la tramitación no será fácil, desde que uno de los partidos que apoyan al gobierno no ha concurrido a este acuerdo. Por ello se declaró satisfecho de lo logrado hasta ahora.

No obstante lo anteriormente señalado, consideró relevante también resolver definitivamente el problema que se genera con el rechazo de las licencias médicas por parte de las aseguradoras, puesto que, si bien reconoció que existen algunos médicos que otorgan licencias falsas, también las Isapres rechazan gran parte de ellas sin mayor consideración del real estado de la persona que la presenta.

Finalmente, solicitó tramitar en forma simultánea los proyectos relacionados, a fin de respetar sus autorías.

A concluir el debate, el señor Ministro resaltó que hoy en día las personas afiliadas al sistema privado de salud se encuentran en una situación de total incertidumbre jurídica y claman por una legislación que arroje claridad y certeza. A ello se suman, a través de sus fallos, el Tribunal Constitucional, las Cortes de Apelaciones y la Corte Suprema.

En ese escenario, el acuerdo logrado hoy llama a legislar con profundidad, buscando puntos de coincidencia, sin excluir temas de la agenda. Al respecto, agregó, espera una pronta aprobación general para, en la discusión particular, entrar a debatir las indicaciones del Ejecutivo que repondrán el Plan Garantizado de Salud y el IPC de la salud, así como los temas que forman parte de los proyectos de ley pendientes en esta Comisión, que son de iniciativa parlamentaria, a saber, suprimir las preexistencias, abolir la discriminación por sexo y edad y consolidar al interior del sistema de Isapres un Fondo Solidario, que haga posible que las personas puedan ejercer su derecho a la salud independientemente de su riesgo personal de siniestralidad.

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

- - - - - - - -

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

- N° 5915-11: Moción del Honorable Senador señor Bianchi, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, para asegurar el acceso igualitario a las distintas modalidades de atención para los beneficiarios del régimen de prestaciones de salud.

- N° 6.903-11: Moción de los Honorables Senadores Chahuán y Larraín, que crea un sistema de información comparada de planes de salud.

- N° 7.955-11: Moción de los Honorables Senadores señores Chahuán, Girardi, Letelier, Rossi y Ruiz-Esquide, que modifica el sistema privado de salud.

- N° 8.792-11: Moción de los Honorables Senadores señor Rossi, señora Rincón y señores Girardi, Gómez y Ruiz-Esquide, que modifica el artículo 173 del decreto ley N° 1, de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes números 18.933 y 18.469, con el objeto de impedir y sancionar la integración

vertical de instituciones previsionales de salud y prestadores de beneficios de salud.

- - - - - - -

TEXTO DEL PROYECTO APROBADO

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

PROYECTO DE LEY:

“Artículo único.- Introdúcense las siguientes modificaciones en 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:

1) Modifícase el artículo 172 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

“Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados y al público en general respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, tales como los precios del Plan Garantizado de Salud, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios y de las modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las Isapres deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el Plan Garantizado de Salud. Asimismo, las Isapres deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso que se comercialicen en esa modalidad. A través de instrucciones de general aplicación, la Superintendencia regulará la forma y el contenido mínimo de la información que las Isapres deberán entregar a sus beneficiarios y al público en general.”.

b) Agréganse los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Anualmente, junto a la información que las Isapres envíen a sus afiliados, deberán acompañar una tabla comparativa, elaborada por la Superintendencia de Salud, en la que incluyan los precios cobrados por cada Isapre por el Plan Garantizado de

Salud, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, tasa de rechazo de licencias médicas, red de prestadores para el Plan Garantizado y red de prestadores, cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquiera otra información determinada por el reglamento.

Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga este decreto con fuerza de ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una Isapre, sea por parte de sus afiliados, del público en general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia de Salud.”.

2) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 173:

a) Sustitúyese el inciso sexto, por el siguiente:

“En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al Plan Garantizado de Salud y a los Beneficios Complementarios que hubieren convenido con esa institución en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.”.

b) Sustitúyese en el inciso noveno la oración “Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios” por la siguiente: “Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del Plan Garantizado de Salud más el precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa Isapre, en el caso de los voluntarios”.

c) Sustitúyese en el inciso décimo tercero, la expresión “plan de salud correspondiente”, por la frase “Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido”.

3) Reemplázase el artículo 189 por el siguiente:

“Artículo 189.- Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los considerados en la red de atención del Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley Nº19.966.

El Secretario Regional Ministerial respectivo velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley Nº19.628.

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Isapres.”.

4) Agrégase el siguiente artículo 189 ter:

“Artículo 189 ter.- Tratándose de la red o redes de prestadores en convenio para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, las instituciones de salud previsional deberán indicar, en el Plan Garantizado de Salud, el nombre del o los establecimientos a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias. Asimismo, deberán identificarse los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a los beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Las obligaciones anteriores se aplicarán también respecto de las redes que eventualmente establezcan las Isapres, para el otorgamiento de los demás beneficios contemplados en el Plan Garantizado de Salud.

Para estos efectos, se entenderá que se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el Plan Garantizado de Salud, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de éste. El reglamento determinará las causales de insuficiencia del prestador ambulatorio que habilitarán al beneficiario para solicitar la designación de un nuevo prestador, así como el procedimiento de reclamo respectivo ante la Superintendencia de Salud.

En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el inciso segundo, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiere sido atendido por el prestador de la red. Cualquiera diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores. En todas estas situaciones, el contrato entre el asegurador y los prestadores será público y conocido por la Superintendencia de Salud, así como sus modificaciones y adecuaciones. La Isapre y los prestadores mantendrán información actualizada respecto de todos sus contenidos, los que estarán

disponibles permanentemente, tanto para el usuario como para la Superintendencia de Salud.

El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado, o cualquiera modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del contrato, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento del respectivo período anual.

Al cumplirse dicho período, la Institución de Salud Previsional podrá modificar la Red de Prestadores, debiendo informar por carta al cotizante, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio.”.

5) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter:

“Artículo 189 quáter.- El cotizante de una Isapre y las personas señaladas en el artículo 202 podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de este cuerpo normativo, de acuerdo al artículo 157, sujetos al arancel para personas no beneficiarias del referido Libro, en casos de urgencia, de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o de ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.

La atención a personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley no podrá provocar menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.”.

6) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies:

“Artículo 189 quinquies.- Adicionalmente al Plan Garantizado de Salud y a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, las Instituciones de Salud Previsional podrán comercializar Beneficios Complementarios, los que, en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley y deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente del que contiene el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.

Las Isapres podrán ofrecer, tanto a quienes contraten con ella el referido Plan Garantizado, como a quienes los hubieren contratado con otra Institución de Salud Previsional, Beneficios Complementarios que consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de

beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del Plan Garantizado de Salud. Asimismo, dichos Beneficios Complementarios podrán referirse al otorgamiento de cobertura para una determinada prestación o un conjunto de prestaciones no incluidas en el Plan Garantizado de Salud.

Sin perjuicio de las prestaciones específicas que puedan contemplarse en estos Beneficios Complementarios, será procedente la homologación de prestaciones, si la Institución de Salud Previsional consiente en ello o cuando la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que hubiese correspondido por la prestación a la cual se homologa.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá los requisitos y condiciones mínimos que deberán cumplir dichos Beneficios Complementarios de salud, así como sus condiciones de comercialización.

Al momento de establecer dichos beneficios, las Isapres deberán informarlos a la Superintendencia de Salud, en los términos y periodicidad que ésta determine a través de instrucciones de general aplicación.

El o los Beneficios Complementarios podrán contener una o más de las siguientes modalidades para su otorgamiento:

a) Libre elección: aquel Beneficio Complementario en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

Para efectos del otorgamiento de los beneficios en esta modalidad, cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo a lo pactado, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella para la emisión de órdenes de atención.

b) Cobertura cerrada: aquel Beneficio Complementario cuya estructura sólo contempla el financiamiento de las prestaciones de salud convenidas a través de determinados prestadores previamente individualizados, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador

distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera contemplada en arancel del Plan Garantizado de Salud.

c) Cobertura con prestadores preferentes: aquel Beneficio Complementario cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento a través de determinados prestadores previamente individualizados.”.

7) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma:

a) Derógase su inciso primero, pasando su actual inciso segundo a ser primero.

b) Reemplázase, en el encabezado del inciso segundo, la oración “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo” por la siguiente: “El Plan Garantizado de Salud sólo podrá considerar como exclusiones de cobertura,”.

c) Derógase el número 6 de su inciso segundo, pasando sus actuales números 7 y 8 a ser los números 6 y 7.

d) Derógase el inciso final.

8) Derógase el artículo 199.

9) Reemplázase el artículo 200 por el siguiente:

“Artículo 200.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán tener por objeto el otorgamiento de prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.”.

10) Derógase el artículo 204.

11) Agrégase el siguiente artículo 228 bis:

“Artículo 228 bis.- Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga esta ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una Isapre, sea por parte de sus afiliados, del público general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por

aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia.”.

Artículo transitorio.- Durante el año 2012, el gasto que represente la aplicación de esta ley será financiado con los presupuestos vigentes de las entidades públicas respectivas. Sin embargo, respecto de la Superintendencia de Salud, el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo a su presupuesto vigente y, en lo que faltare, con los recursos que se traspasen de la partida presupuestaria Tesoro Público de la ley de Presupuestos del Sector Público.”.

- - - - - - -

Aprobado en sesión de fecha 22 de enero en curso, con asistencia de todos los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gonzalo Uriarte Herrera (Presidente), Francisco Chahuán Chahuán (Presidente Accidental), Guido Girardi Lavín, Fulvio Rossi Ciocca y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Valparaíso, 22 de enero de 2013.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD ACERCA DEL PROYECTO DE LEY, EN SEGUINDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, INCORPORANDO UN PLAN GARANTIZADO.

(Boletín Nº 8.105-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: De acuerdo con el mensaje con que se inicia, la iniciativa procura incrementar los niveles de eficacia del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución Política de la República. Para ello propone adoptar las siguientes medidas en el sistema privado de salud, sin afectar las Garantías Explícitas de la ley N° 19.966:

- definir un plan garantizado de salud, que asegure un conjunto uniforme de prestaciones, que no discrimine por sexo ni edad y que elimine la cautividad motivada por la preexistencia de enfermedades; cada Isapre asignará a este plan un precio único;
- consagrar la facultad de las partes del contrato de seguro de salud para contratar beneficios complementarios que mejoren la cobertura;
- incluir el subsidio por incapacidad laboral;
- reformar integralmente el financiamiento del sistema de salud privado, incorporando un mecanismo solidario, y
- crear indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas, que sirvan de referencia para que un Panel de Expertos establezca índices para el ajuste de los precios de los planes de salud, indicadores que versarán sobre la variación de los precios de las prestaciones y sobre la frecuencia de uso de las mismas.

No obstante, cabe señalar que la Cámara de Diputados, en el primer trámite constitucional, eliminó del proyecto las normas referidas a la creación de un plan garantizado de salud y aquellas que instauran lo que se ha llamado el IPC de la salud.

II. ACUERDOS: aprobado en general por unanimidad (5 x 0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: un artículo permanente, conformado por 11 numerales, y 1 artículo transitorio.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: todas las disposiciones del proyecto remitido por la Cámara de Diputados son propias de ley común.

V. URGENCIA: suma. Vence el 6 de febrero de 2013.

VI. INICIATIVA: Mensaje del Presidente de la República.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 16 de enero de 2013.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, discusión en general. En el trámite reglamentario de segundo informe, este proyecto debe ser conocido además por la Comisión de Hacienda.

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

- Artículo 19 N° 9° de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud.

- Artículo 19 N° 18° de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la seguridad social.

- Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

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

- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

Valparaíso, 22 de enero de 2013.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

Constancias	1
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	2
Antecedentes de derecho	2
Discusión en general	3
Aprobación en general	10
Texto del proyecto aprobado	11
Resumen ejecutivo	19
Índice	21