

# REPÚBLICA DE CHILE



## DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

PUBLICACIÓN OFICIAL

LEGISLATURA 341<sup>a</sup>, EXTRAORDINARIA

**Sesión 5<sup>a</sup>, en sábado 16 de octubre de 1999**

Especial

(De 10:33 a 15:40)

*PRESIDENCIA DE LOS SEÑORES ANDRÉS ZALDÍVAR, PRESIDENTE,  
Y MARIO RÍOS, VICEPRESIDENTE*

*SECRETARIO, EL SEÑOR CARLOS HOFFMANN CONTRERAS, SUBROGANTE*

---

### ÍNDICE

*Versión Taquigráfica*

- I. ASISTENCIA
  - II. APERTURA DE LA SESIÓN
  - III. TRAMITACIÓN DE ACTAS
  - IV. CUENTA
- Acuerdos de Comités

## **V. ORDEN DEL DÍA:**

Proyecto de ley, en segundo trámite, que perfecciona normas del área de la salud (2132-11) (se aprueba en particular)

Anexos

ACTA APROBADA:

Sesión 33<sup>a</sup>, en 15 de septiembre de 1999

DOCUMENTOS:

- 1.- Segundo informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto que perfecciona normas del área de salud (2132-11)
- 2.- Segundo informe de la Comisión de Hacienda recaído en el proyecto que perfecciona normas del área de salud (2132-11)
- 3.- Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores recaído en el proyecto que aprueba el acuerdo entre Chile y la República Checa sobre cooperación en la lucha contra el terrorismo internacional, la actividad delictual internacional organizada y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias radiactivas (2307-10)

# VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

## I. ASISTENCIA

Asistieron los señores:

--Aburto Ochoa, Marcos  
--Bitar Chacra, Sergio  
--Boeninger Kausel, Edgardo  
--Bombal Otaegui, Carlos  
--Canessa Robert, Julio  
--Cantero Ojeda, Carlos  
--Cariola Barroilhet, Marco  
--Cordero Rusque, Fernando  
--Chadwick Piñera, Andrés  
--Díez Urzúa, Sergio  
--Fernández Fernández, Sergio  
--Foxley Rioseco, Alejandro  
--Frei Ruiz-Tagle, Carmen  
--Gazmuri Mujica, Jaime  
--Hamilton Depassier, Juan  
--Horvath Kiss, Antonio  
--Larraín Fernández, Hernán  
--Lavandero Illanes, Jorge  
--Martínez Busch, Jorge  
--Moreno Rojas, Rafael  
--Muñoz Barra, Roberto  
--Novoa Vásquez, Jovino  
--Ominami Pascual, Carlos  
--Parra Muñoz, Augusto  
--Pérez Walker, Ignacio  
--Pizarro Soto, Jorge  
--Prat Alemparte, Francisco  
--Ríos Santander, Mario  
--Romero Pizarro, Sergio  
--Ruiz De Giorgio, José  
--Ruiz-Esquide Jara, Mariano  
--Sabag Castillo, Hosain  
--Silva Cimma, Enrique  
--Stange Oelckers, Rodolfo  
--Urenda Zegers, Beltrán  
--Valdés Subercaseaux, Gabriel  
--Vega Hidalgo, Ramón  
--Viera-Gallo Quesney, José Antonio  
--Zaldívar Larraín, Andrés

Concurrieron, además, los señores Ministros del Interior, Secretario General de la Presidencia y de Salud.

Actuó de Secretario el señor Carlos Hoffmann Contreras, y de Prosecretario, el señor Fernando Soffia Contreras.

## **II. APERTURA DE LA SESIÓN**

**--Se abrió la sesión a las 10:33 en presencia de 29 señores Senadores.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En el nombre de Dios, se abre la sesión.

## **III. TRAMITACIÓN DE ACTAS**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se da por aprobada el acta de la sesión 33ª, extraordinaria, en 15 de septiembre del presente año, que no ha sido observada.

El acta de la sesión 34ª, ordinaria, en sus partes pública y secreta, en 15 de septiembre del presente año, se encuentra en Secretaría a disposición de los señores Senadores, hasta la sesión próxima, para su aprobación.

**(Véase en los Anexos el acta aprobada).**

## **IV. CUENTA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se va a dar cuenta de los asuntos que han llegado a Secretaría.

El señor SOFFIA (Prosecretario subrogante).- Las siguientes son las comunicaciones recibidas:

### **Oficios**

De Su Excelencia el Presidente de la República, con el que comunica que se ausentará del territorio nacional los días 17 y 18 del mes en curso, con el fin de participar en la suscripción del Tratado de Libre Comercio entre Chile y los Países Centroamericanos, en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala. Agrega que lo subrogará con el título de Vicepresidente de la República, el señor Ministro del Interior, don Raúl Troncoso Castillo.

**--Se toma conocimiento.**

Dos de la Cámara de Diputados:

Con el primero comunica que ha dado su aprobación a las enmiendas propuestas por el Senado al proyecto de ley que crea un fondo para la modernización de las relaciones laborales y el desarrollo sindical. (Boletín N° 2.170-13).

**--Se toma conocimiento y se manda archivar.**

Con el segundo informa que rechazó la solicitud del Senado en orden a archivar el proyecto de ley que autoriza erigir un monumento en la ciudad de Temuco, en memoria de

las personas detenidas desaparecidas y ejecutados políticos, pertenecientes a la Región de la Araucanía, a que se refiere el Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, del año 1991. (Boletín N° 1.860-17).

**--Se toma conocimiento y se manda agregar el documento a sus antecedentes.**

Del señor Ministro Secretario General de la Presidencia, con el que rectifica un error de transcripción en los datos remitidos por esta Secretaría de Estado respecto del contrato que indica, al informar acerca de las consultorías externas contratadas por el Gobierno durante 1997.

Del señor Ministro de Economía, Fomento y Reconstrucción, con el que contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, relativo a la necesidad de declarar a la comuna de Tortel dentro de los atractivos de interés turístico del país.

Del señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, con el que responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Hamilton, referido a la necesidad de prorrogar el plazo que indica a fin de permitir el reconocimiento del tiempo destinado al Servicio Militar Obligatorio, para efectos de jubilación.

Del señor Ministro de Vivienda y Urbanismo, con el que contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Larraín, relativo al otorgamiento del subsidio habitacional al Grupo Habitacional Villa Lisonjera.

Del señor Ministro de Bienes Nacionales, con el que responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, referido a la posibilidad de que los particulares que foresten sus predios puedan acceder a la bonificación contemplada en el decreto ley N° 701.

Del señor Subsecretario de Pesca, con el que contesta dos oficios enviados en nombre del Senador señor Horvath, relativos a la veda de las especies jurel y merluza común.

**--Quedan a disposición de los señores Senadores.**

### Informes

Un segundo informe de la Comisión de Salud y otro de la de Hacienda, recaídos en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que perfecciona normas del área de la salud, con urgencia calificada de “Discusión Inmediata”. (Boletín N° 2.132-11). **(Véanse en los Anexos, documentos 1 y 2).**

De la Comisión de Relaciones Exteriores, recaído en el proyecto de acuerdo, en segundo trámite constitucional, que aprueba el Acuerdo entre el Gobierno de la República de Chile y el Gobierno de la República Checa sobre cooperación en la lucha contra el

terrorismo internacional, la actividad delictual internacional organizada y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y sustancias radiactivas, suscrito en Santiago, el 23 de septiembre de 1996. (Boletín N° 2.307-10) **(Véase en los Anexos, documento 3)**.

**--Quedan para tabla.**

#### Solicitud

Del señor Eduardo Patricio Navarrete Fuentes, con la que pide la rehabilitación de su ciudadanía. (Boletín N° S 441-04).

**--Pasa a la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía.**

#### Permisos Constitucionales

De los Senadores señores Núñez y Páez, con los que solicitan autorización para ausentarse del país por más de treinta días, a contar de los días 15 y 7 del mes en curso, respectivamente.

**--Se accede a lo solicitado**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la Cuenta.

### **V. ORDEN DEL DÍA**

#### **PERFECCIONAMIENTO DE NORMAS DEL SECTOR SALUD**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que perfecciona normas del área de la salud, con segundos informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda.

**--Los antecedentes sobre el proyecto (2132-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 12ª, en 16 de diciembre de 1998.**

**Informes de Comisión:**

**Salud, sesión 23ª, en 17 de agosto de 1999.**

**Hacienda, sesión 23ª, en 17 de agosto de 1999.**

**Salud (segundo), sesión 5ª, en 16 de octubre de 1999.**

**Hacienda(segundo), sesión 5ª, en 16 de octubre de 1999.**

**Discusión:**

**Sesiones 26ª y 28ª, en 31 de agosto y 7 de septiembre de 1999, (queda pendiente su discusión general); 30ª, en 8 de septiembre de 1999 (se aprueba en general).**

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- La Comisión de Salud, en su segundo informe, hace presente que las nuevas oraciones agregadas a los incisos noveno y undécimo del artículo 13 propuesto en el número 2 del artículo 2º, son de carácter orgánico constitucional, por lo cual requieren para su aprobación del voto de cuatro séptimos de los Senadores en ejercicio.

Asimismo, para los efectos de lo preceptuado en el artículo 124 del Reglamento del Senado, deja constancia de que los artículos 1º, números 2, 5 y 6; 2º, números 1, 4, 5, 6; y 7º, no fueron objeto de indicaciones. Todos estos preceptos son de quórum simple y, de acuerdo con el Reglamento, deben ser aprobados automáticamente.

**--Se aprueban.**

El señor MORENO.- Excúseme, señor Presidente. Antes de entrar a la discusión del proyecto...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Aún no se ha dado comienzo al debate. Éste se llevará a efecto después que el señor Secretario termine la relación de la iniciativa.

El señor MORENO.- No me referiré al proyecto, señor Presidente. Sólo deseo pedir a la Mesa que nos informe cuál será el esquema con el cual se procederá en la presente sesión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Una vez que el señor Secretario concluya con la relación, haré una sugerencia a la Sala al respecto.

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- En seguida, la Comisión de Salud señala en su informe que sólo ha sido objeto de indicaciones rechazadas el artículo 5º; que se aprobaron las indicaciones 1, 2, 8, 13, 16 y 28, e indica las aprobadas con modificaciones, las rechazadas, las retiradas y las declaradas inadmisibles.

A continuación, deja constancia del debate habido y de los acuerdos adoptados.

Por último, la Comisión en su informe propone la aprobación del proyecto con las modificaciones que en él se indican.

Por su parte, la Comisión de Hacienda, en su segundo informe, expresa que, de conformidad a su competencia, se abocó solamente al estudio de las indicaciones signadas con los números 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 26, 27, 31 y 32, y deja constancia del debate y de los acuerdos adoptados.

Asimismo, concluye su informe proponiendo aprobar el proyecto acogido por la Comisión de Salud, con las enmiendas sugeridas en las páginas 17 a 19.

Sus Señorías tienen en sus manos un texto comparado, elaborado por la Secretaría, dividido en cinco columnas: en la primera, figura la legislación vigente; en la segunda, el texto aprobado en general; en la tercera, las modificaciones propuestas por la Comisión de Salud; en la cuarta, las enmiendas sugeridas por la de Hacienda, y en la última, el texto final que resultaría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con el objeto de debatir y despachar la iniciativa en la forma más ordenada posible, propongo a la Sala –conforme a lo conversado con los señores Senadores- dar por aprobados todos los artículos -ya lo han sido, por unanimidad, los que no fueron objeto de indicaciones- excepto tres, que son los que han suscitado debate en las Comisiones de Hacienda y de Salud. En efecto, diversos señores Senadores han solicitado discutir separadamente los artículos 3º, relativo al cheque en garantía; 4º, referido al descuento del 2 por ciento que las ISAPRES deberían suprimir, conforme al procedimiento establecido en dicho precepto, y 6º, que estatuye un sistema experimental de administración para determinados establecimientos hospitalarios.

Asimismo, deseo hacer presente que para la aprobación de dos disposiciones (incisos noveno y undécimo del artículo 13 propuesto en el número 2 del artículo 2º) contenidas en el proyecto se requiere quórum orgánico constitucional. Por lo tanto, pido a la Secretaría que verifique y deje constancia de la existencia del mencionado quórum.

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- Hay 35 señores Senadores presentes, señor Presidente.

**--Se aprueban los incisos noveno y undécimo del artículo 13 propuesto en el número 2 del artículo 2º, dejándose constancia, para los efectos del quórum constitucional requerido, de que emitieron voto favorable 35 señores Senadores.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En seguida, para evitar malos entendidos, deseo hacer presente que la Comisión de Salud adoptó determinada decisión sobre el artículo 3º -relativo al cheque en garantía- y que posteriormente la de Hacienda aprobó una indicación formulada por el Ejecutivo acerca del mismo precepto. Por lo tanto, hay aprobados dos textos distintos, los cuales podrán ser analizados durante la discusión.

El señor NOVOA.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, ¿está incluido el artículo 2º entre los preceptos que se someterán a discusión?



El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, señor Senador. Solamente se debatirán los artículos 3º, 4º y 6º.

El señor NOVOA.- Hago la consulta, porque el artículo 2º contempla la eliminación del cheque en garantía en el caso del FONASA.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Hay que discutir los artículos: 2º y 3º, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Conforme.

En relación con el cheque en garantía, primero se votará el texto aprobado por la Comisión de Hacienda, y si éste fuere rechazado se votará el propuesto por la de Salud, que sería la alternativa.

¿Habría acuerdo para proceder en tal sentido?

Acordado.

Si le parece a la Sala, se podrían debatir en conjunto los artículos 2º y 3º.

El señor MORENO.- ¿Me permite hacer una moción de orden, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor MORENO.- Señor Presidente, la presente sesión se extenderá hasta las 11:30.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Exactamente. A esa hora se suspenderá.

El señor MORENO.- Eso es lo que deseaba saber.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así se acordó proceder en la sesión recién pasada. A las 11:30 se suspenderá esta sesión para asistir a la del Congreso Pleno y, en seguida, volveremos a sesionar hasta despachar el proyecto.

El señor MORENO.- Señor Presidente, ¿hay alguna hora prevista para votar?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se acordó empezar la votación a las 13:15.

El señor MORENO.- Es bueno contar con esa información.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Son acuerdos que se adoptaron en la sesión anterior, señor Senador.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, en la sesión de la semana pasada se acordó iniciar la votación a las 13:30.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- A las 13:15, Su Señoría, conforme a los acuerdos adoptados.

En discusión los artículos 2º y 3º. El señor Secretario dará lectura a las modificaciones propuestas a dichos artículos.

El señor HOFFMANN (Prosecretario).- La Comisión de Hacienda propone agregar en el artículo 2º, número 1, a continuación del tercero de los incisos que allí se sustituyen, el siguiente inciso nuevo:

“Con todo, 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 hallan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el D.L. N° 2.763, de 1979. En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, cheques en garantía u otros instrumentos financieros, 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.”.

En el artículo 3º, la Comisión propone reemplazar los incisos séptimos, octavo y noveno que se agregan al artículo 22 de la ley N° 18.933 en la letra a), por los siguientes:

“Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir de los usuarios cheques en garantía u otros instrumentos financieros, o condicionar de cualquier otra forma la atención de emergencia o urgencia.

“Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea cargo de éstos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la Isapre ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Isapre.

“Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6º de la ley N° 18.010. 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. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.

“Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente

por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

“El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 30 y 31 de esta ley.

“Para el sólo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 31, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la ley N° 17.322.

“Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.

“Facúltase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Isapres otorguen a sus afiliados.”.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Hamilton.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, me referiré al fondo de la proposición hecha por la Comisión de Hacienda que suprime el cheque en garantía, y lo haré desde el punto de vista de algunas consideraciones de tipo jurídico...

El señor FOXLEY.- Señor Presidente, pienso que sería más útil, antes de iniciar el debate, informar a la Sala por qué la Comisión de Hacienda llegó a esta fórmula.

El señor HAMILTON.- No tengo ningún inconveniente, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene razón, señor Senador.

Por consiguiente, es preferible que hagan uso de la palabra, primero, los Honorables señores Foxley y Bombal, y después los demás inscritos.

Tiene la palabra el Senador señor Foxley.

El señor FOXLEY.- Señor Presidente, el sentido de las modificaciones a los artículos 2° y 3°, aprobadas por la Comisión de Hacienda, es el siguiente. En primer lugar, establecer la prohibición de la exigencia del cheque en garantía a los usuarios que requieren

atención de emergencia en los establecimientos hospitalarios de los sistemas de salud público y privado.

En el proyecto original se planteó dicha supresión sólo para las personas afiliadas a ISAPRES. En la Comisión se sugirió que esto debía aplicarse en forma simétrica al conjunto de los afiliados a las instituciones de salud y que, por lo tanto, debía extenderse tal prohibición también a los de FONASA. Es decir, si una persona que está en FONASA recurre a un establecimiento de atención de urgencia, sea público o privado, este Fondo también se compromete a pagar directamente al prestador del servicio. Del mismo modo, se propone una simetría en la forma de pago por parte de la persona atendida por el servicio de urgencia.

Ésa es, básicamente, la modificación del artículo 2°.

Por otro lado, en el artículo 3° se introduce una indicación del Ejecutivo, apoyada por el Honorable señor Boeninger y otros señores Senadores, que fundamentalmente regula las condiciones en las que se encuadra, desde el punto de vista financiero, la situación que se crea al suprimir la exigencia del cheque en garantía.

Con ello se pretende prevenir dos situaciones extremas: una, que con la supresión del cheque en garantía se entienda que las ISAPRES son responsables, ante el establecimiento que presta el servicio de urgencia, del pago de la atención, y otra, que quien se beneficia de tal atención piense, en definitiva, que no tiene un compromiso claro de pago, lo que dejaría a la ISAPRE o al FONASA en una situación complicada desde el punto de vista de su capacidad de cobro posterior de esa prestación.

Aquí se establece un procedimiento de pago del saldo adeudado, para que, una vez superada la urgencia, el usuario complete dicho pago a la ISAPRE o al FONASA, según corresponda. Tal procedimiento consiste en el otorgamiento de un crédito por parte de la institución a la que está afiliada la persona, que tiene ciertas modalidades reguladas por ley. Se trata de un préstamo a una tasa de interés habitual para operaciones reajustables, pagado en cuotas mensuales sucesivas que no podrán superar –señala la indicación– el 5 por ciento de la remuneración o renta imponible de quien debió atenderse de urgencia. El pago del crédito debe realizarlo en forma directa el afiliado, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado.

Esto es, fundamentalmente, lo que se propone en el artículo 3°.

La Comisión de Hacienda estimó necesario que, junto con la simetría en la supresión del cheque en garantía y el establecimiento de un sistema que dé seguridad a las instituciones de salud respecto del pago del saldo de la deuda por financiar, se disponga de una modalidad de pago que proteja de cobros excesivos a la persona que acude a los

servicios de urgencia. En esta forma, no se causa perjuicio ni a las instituciones de salud previsional ni a los afiliados.

Es cuanto puedo informar, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Bombal.

EL señor BOMBAL.- Señor Presidente, quisiera precisar la forma como la Comisión de Salud abordó este punto.

Para ilustrar a todos los señores Senadores respecto de las atenciones de urgencia, debo aclarar que el tema reside en que el Ejecutivo en su propuesta dispone que las ISAPRES se harán cargo del pago total por este concepto, lo cual, naturalmente, rige para los afiliados a las ISAPRES. En ninguna parte se impone esta obligación respecto de otros usuarios, como los del FONASA (al menos en el proyecto original). Y la prueba está -como se explicó- en que ellos se incorporaron en la indicación que ayer hizo presente el Gobierno.

De ahí surge el problema de cómo la ISAPRE puede después repetir o recuperar los dineros que por el ministerio de la ley se la está obligando a enterar al momento de producirse la atención de urgencia, con el mecanismo de que esto no lo hará antes de que el paciente se encuentre estabilizado y pueda ser derivado a otro centro asistencial, lo cual no es del caso entrar a analizar hoy día.

Entonces, aquí el Senador que habla presentó una indicación en el sentido de que se pudiese autorizar a las ISAPRES, al igual como ocurre con el FONASA, para que, a fin de poder cobrar al afiliado, aplicara un sistema de préstamo. Eso fue planteado en su minuto, figura que el Ejecutivo encontró interesante, por lo que la Comisión de Salud entró a trabajar en la indicación respectiva, la que terminó aprobándose en la Comisión de Hacienda.

Antes de pronunciarnos sobre el fondo de esta materia, quisiera concluir diciendo lo siguiente.

En atención a que no parecía razonable reglamentar tanto lo relativo a este préstamo, en la Comisión de Salud surgieron distintas propuestas, llegándose finalmente a aprobar la que propone la siguiente norma: “Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores,” -es decir, de los pagos que hacían las ISAPRES a los prestadores y que originaban la acción de repetición en contra de los afiliados- “las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.

“En todo caso,” -agrega la indicación aprobada por la Comisión de Salud- “las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.

Y concluye señalando: “Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares.”.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, ¿puedo hacer una consulta al Senador señor Bombal?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede solicitarle una interrupción a Su Señoría.

El señor BOMBAL.- Con la venia de la Mesa, no tengo inconveniente para ello.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, para aclarar el punto, deseo saber si lo que la Comisión de Salud propone dice relación sólo a las ISAPRES. ¿No se refiere al FONASA?

El señor BOMBAL.- Reitero que la indicación dice: “Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos”. En lo relativo al cheque en garantía, se refiere a todo el sistema de salud. Naturalmente, no podía referirse a otro tipo de afiliados, pues estábamos pronunciándonos sobre los afiliados a ISAPRE, conforme al artículo del Ejecutivo. Y tanto es así que el Gobierno tuvo que presentar ayer en la Comisión de Hacienda la indicación que se mencionó hace un momento, porque no se podía entender incorporado en este artículo a otros afiliados que no fueran los afiliados de ISAPRES, de acuerdo a lo que expresaba dicho precepto.

Por ello, en esos términos, incluso se va más lejos de lo que es el cheque en garantía, que se incorpora recién acá en el sentido de que esto no rige para ningún efecto del sistema de salud en general.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una consulta, señor Presidente?

El señor BOMBAL.- Quisiera poder terminar con mi exposición, señor Presidente.

El señor VIERA-GALLO.- Es que quiero aclarar el tema, señor Presidente.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, ahora entraré a explicar lo que sucede.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Recupera la palabra el Honorable señor Bombal.



El señor BOMBAL.- Señor Presidente, en la Comisión de Salud se desechó, entonces, lo que terminó siendo la indicación aprobada por la de Hacienda. Y ahí es donde surge una inquietud, respecto de la cual algunos señores Senadores me han advertido que desean pronunciarse en el sentido de que, si ello es procedente por no existir materias de fondos públicos, la Comisión de Hacienda del Senado pueda enmendar lo que la de Salud aprobó a su turno.

Ahí existe un tema de debate, que está por resolverse ahora, ya que, en general, lo que proponía la Comisión de Salud se encontraba dentro de lo que es correcto, habiendo desechado incluso lo que después se aprobó en Hacienda, respecto de lo que habría sido una enmienda a lo acordado por la Comisión de Salud, cuestión a la que, probablemente, otros señores Senadores se van a referir.

Pero aquí hay un punto muy claro. En ningún momento se menciona en el proyecto la expresión “cheque en garantía o documentos mercantiles”. Lo que se señala es la obligación de las ISAPRES a pagar las atenciones de urgencia a los prestadores, para después tener acción en contra de los afiliados acogidos a este beneficio.

Pero nunca se señaló -y esto quisiera que quedara muy bien precisado, porque se han dicho muchísimas cosas al respecto- que lo tocante al cheque en garantía venía establecido en el proyecto propuesto en el mensaje del Ejecutivo. La verdad es que expresamente nunca lo estuvo. ¡Jamás! Prueba de ello es que recién en esta indicación, en la Comisión de Salud, se incorpora la expresión “Para todos los efectos del sistema de salud” - más allá de las urgencias, según indicación de los Senadores señores Ríos, Silva y el que habla, con el voto del Senador señor Ominami- “se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares.”. ¡Recién el pasado jueves aparece la expresión “cheque en garantía” en el proyecto del Ejecutivo!

El señor LAVANDERO.- Es lo mismo.

El señor BOMBAL.- Se podrá decir que estaba implícita la idea; pero la expresión, nunca. De manera que jamás sobre este punto se debatió en general. Y esta precisión es interesante, porque hay aun más: cuando se trató el tema de las urgencias en la discusión general -y lo digo para que quede constancia de esto-, se dejó expresamente para la discusión en particular lo relativo a las atenciones de urgencia, pues, entre otras materias, había algunos señores Senadores que tenían dudas respecto a la constitucionalidad del asunto, y, por lo mismo, quedó esto para ser resuelto durante la discusión en particular.

Por consiguiente, cuando algunos señores Senadores votamos en contra la idea de legislar, lo hicimos porque no estábamos de acuerdo con varios artículos del proyecto, para

dar al Gobierno una señal concordante con lo que habían expresado todos los que asistieron a la Comisión, en el sentido de que en la discusión en particular podrían mejorarse muchas de estas normas. Por lo mismo, incluso en la Sala muchos nos abstuvimos en la votación, en la idea de generar ese debate que, desgraciadamente, por los hechos ocurridos en la Décima Región, generaron esta estampida, donde se nos culpó de haber votado en contra lo relativo al cheque en garantía, en circunstancias de que la expresión “cheque en garantía” y todo lo que de ella se deriva, sólo ahora se ha incorporado en esta indicación.

Por eso, creo que esa precisión es importante, pues hasta el señor Presidente de la República llegó a referirse a aquel punto.

El señor MORENO.- ¿Me permite una interrupción, señor Presidente?

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, concluiré inmediatamente, para que pueda abrirse debate respecto de estas dos situaciones que se presentan.

Quedó en definitiva aprobada, entonces, esta indicación formulada en la Comisión de Salud, indicación que, habiendo sido desechada por esta Comisión, fue repuesta en la de Hacienda. En su texto se detallan las condiciones del préstamo. Y algunos señores Senadores de la Comisión de Salud, para fundamentar su rechazo, argumentaron que esto violaba la ley del contrato existente entre el afiliado y la ISAPRE.

Sobre el punto me ha solicitado una interrupción el Senador señor Silva, a quien, con la venia de la Mesa, se la concedo con mucho agrado.

El señor BITAR.- Lo que Su Señoría plantea ¿es su opinión personal o el parecer de la Comisión de Salud?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Solicito al Senador señor Bitar que se dirija a la Mesa, si desea solicitar una interrupción.

Tiene la palabra el Senador señor Silva en el tiempo que resta al Senador señor Bombal, esto es, por 35 segundos.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Excúseme, señor Presidente, pero ésa no es la opinión de la Comisión de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Su Señoría podrá referirse a ello en su momento.

Tiene la palabra el Senador señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, en la Comisión de Salud, efectivamente, se planteó que la norma que figura ahora aprobada por la Comisión de Hacienda era, en primer lugar, contraria a lo que se conoce como “ley del contrato”, o sea, al artículo 1545 del Código Civil, que dispone lo siguiente: “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas



legales.”. La causa legal no puede ser sobreviniente, como sería este caso, porque así lo prohíbe el artículo 25 de la Ley sobre el Efecto Retroactivo de las Leyes. De manera que el contrato suscrito entre la ISAPRE y el afiliado puede ser modificado por acuerdo de las partes, pero no por la vía de una imposición legislativa, como sería el otorgamiento de este préstamo, que, según un señor Senador -lo oí en una declaración que hizo esta mañana-, constituiría una presunción de derecho. Eso, inclusive, contrariaría la Carta, cuyo artículo 19, N°s. 22°, 24° y 26°, haría evidentemente inconstitucional la norma aprobada por la Comisión de Hacienda.

Ese vicio, señor Presidente -y con esto termino-, no lo contiene la disposición aprobada por la Comisión de Salud, con el voto favorable de cuatro de sus cinco miembros, que inclusive, en cuanto a la prohibición respecto del cheque en garantía y a otros aspectos, es mucho más amplia que la despachada por la de Hacienda, y en consecuencia, más beneficiosa para los afiliados.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente a la Sala que hay nueve señores Senadores inscritos para intervenir. De aplicarse el Reglamento, ocuparían 90 minutos en el debate de dos artículos. Y faltarían otros dos.

Por ello, deseo pedir que limitemos los tiempos de intervención a cinco minutos por orador, toda vez que se trata de un tema en que el debate ya está centrado.

¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

Tiene la palabra el Honorable señor Hamilton.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, deseo aportar, desde el punto de vista jurídico, un par de antecedentes a la discusión sobre el cheque en garantía.

En primer lugar, de acuerdo con la Ley sobre Cuentas Corrientes Bancarias y Cheques -especialmente sus artículos 10, 11 y 13-, el cheque es una orden escrita y girada contra un banco para que éste pague, a su presentación, el todo o parte de los fondos que el librador pueda disponer en cuenta corriente. **El cheque sólo puede ser girado en pago de obligaciones o en comisión de cobranza**, y cualesquiera circunstancias o cláusulas distintas de las menciones que establece la ley se tendrán por no escritas.

Sobre la base de esas disposiciones, **la jurisprudencia uniforme de la Corte Suprema ha precisado que, si se acredita que el documento ha sido entregado en garantía, no cumple con las exigencias legales y no puede considerarse cheque**. Por consiguiente, sostiene que no procede someter a proceso al librador de ese documento.

Si bien en principio esa jurisprudencia aclara que no es jurídicamente posible pretender hacer efectiva la responsabilidad penal de quienes hayan girado uno de los

llamados "cheques en garantía", lo que salva el problema más delicado que los aflige, cual es ver afectada su libertad personal y practicadas las anotaciones prontuariales correspondientes, lo cierto es que hace recaer sobre estas personas la obligación de demostrar que el documento fue entregado con esa finalidad, lo cual no es fácil.

Se añade a esa circunstancia el hecho de que la propia Corte Suprema ha declarado que, como la ley no exige que las distintas menciones del cheque sean llenadas en un solo acto y únicamente por el librador, no hay inconveniente jurídico para que se completen en forma discontinua o por otra persona.

En esos términos, es evidente que la modalidad utilizada por algunos establecimientos de salud, en cuanto a exigir la entrega de un cheque con sus menciones de fecha y cantidad en blanco en garantía de las prestaciones que se efectuarán al paciente, pero sin expresar esta circunstancia, **coloca a quien extiende el documento en una situación muy difícil desde el punto de vista procesal**, más aún si el documento es llenado después con una fecha posterior a aquella en que se terminó de atender a aquél.

En segundo lugar, por las circunstancias en que el establecimiento de salud obtiene la entrega de ese documento, puede sostenerse con fundamento que su girador, en un número significativo de casos, lo expide **con su voluntad viciada**.

En efecto, conforme al artículo 1445 del Código Civil, **para que una persona se obligue por un acto o declaración de voluntad es necesario, entre otros requisitos, que consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio**.

Uno de esos vicios es la fuerza, “cuando es capaz de producir una impresión fuerte en una persona de sano juicio, tomando en cuenta su edad, sexo y condición. Se mira como una fuerza de este género todo acto que infunde a una persona un justo temor de verse expuesta ella, su consorte o alguno de sus ascendientes o descendientes a un mal irreparable y grave”, según expresa textualmente el artículo 1456 del Código Civil.

No cabe duda de que ese constreñimiento moral ejercido sobre la voluntad de un individuo mediante la amenaza de un mal futuro a un familiar, que puede afectar la salud o la vida, le produce el justo temor de que habla el Código Civil, que le obliga a consentir en un acto jurídico que no desea y que en circunstancias normales no realizaría.

Ese vicio del consentimiento altera la voluntad, por el temor que engendra en la persona que lo sufre, pero no la hace desaparecer totalmente. De allí que, como apunta la doctrina, **el vicio no está propiamente en la fuerza, que viene a ser la causa, sino en el miedo, que es el efecto y que determina que se exprese una voluntad**, la única que el individuo divisa como idónea para satisfacer la necesidad de atención médica suya o de un familiar.

Las reglas aludidas del Código Civil -según se puede apreciar-, sin embargo, **están limitadas a la fuerza que se ejerce sobre el girador del documento** cuando el mal irreparable y grave lo amenaza a él, a su cónyuge o a alguno de sus ascendientes o descendientes, **lo que excluye los casos en que pende sobre otro pariente o un tercero.**

Por otra parte, es evidente que la sede natural para la alegación de este vicio del consentimiento es el juicio ordinario, de muy lato conocimiento, lo que no se compece con las acciones ejecutivas y penales que amparan al cheque y que son ejercidas por los establecimientos de salud que lo exigen.

En estas circunstancias, **la supresión de la exigencia del cheque en garantía no sólo responde a razones de mérito relacionadas con el derecho a la salud que tienen todas las personas, sino también a las consideraciones de orden jurídico que acabo de expresar y que, en síntesis, consisten en impedir que, con una voluntad viciada por la coacción a que es sometido el librador del cheque, se emita un documento que no reúne los requisitos que la ley establece a su respecto, pero que, por su apariencia de tal, deja al girador expuesto a las mismas consecuencias que si hubiese sido expedido cumpliendo con todas las exigencias legales.**

Por tales razones, votaré favorablemente lo que propuso la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, quiero hacer una observación más bien técnica con relación al cheque en garantía.

Concuero plenamente con el Honorable señor Hamilton en cuanto a que el cheque es una orden de pago y a que nuestra jurisprudencia ha establecido reiteradamente que el cheque en garantía no es tal y, por lo tanto, no se puede ejercitar acción penal respecto de él. De manera que me ahorro toda explicación sobre el particular.

Sin embargo, en la forma como viene planteada la disposición, al prohibir el legislador a los prestadores de salud exigir a los beneficiarios cheques en garantía, está dando validez a ese tipo de documento. Porque si lo prohíbe, es porque está permitido. Y, estando permitido, se prohíbe para los efectos de salud y se tolera para otros actos. O sea - concuerdo con la idea de la norma; sólo estoy haciendo ver un problema técnico-, al aceptar que no es posible dar cheques en garantía a las instituciones de salud, estamos diciendo -o así por lo menos podría entenderse-, contrario sensu, que para otros casos ellos sí tienen validez.

En consecuencia, con la norma propuesta, lo expuesto por el Honorable señor Hamilton, que (como señalé) es coincidente con la jurisprudencia, podría entenderse modificado. Por lo tanto, podría ocurrir un hecho distinto del que se pretende evitar. Estamos tratando de impedir que se ejercite acción penal respecto de quienes den cheque en garantía a instituciones de salud -comparto plenamente ese propósito-, pero indirecta y tácitamente estaríamos otorgando valor a esa clase de documento para otros efectos; por ejemplo, para fines comerciales, para su uso en colegios, para otorgarlo a prestamistas.

Hago esta observación porque probablemente la expresión “cheque en garantía” que emplea el legislador no sea la más adecuada y se requiera hablar de instrumentos mercantiles en general, con el objeto de evitar una convalidación de aquél por la vía legislativa. Ello, a mi juicio, sería extraordinariamente grave. Porque hoy día no cabe ninguna duda de que la jurisprudencia quita acción penal al cheque en garantía una vez que se acredita esta calidad. Pero con una norma de esta naturaleza podría entenderse -o mal entenderse, si se quiere- que en actos distintos de los de las instituciones de salud sí vale el cheque en garantía, lo cual -reitero- sería extraordinariamente grave. Y estoy cierto de que no es ésa la voluntad de quienes están planteando estas modificaciones a las normas del sector salud.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, en la Comisión de Hacienda observamos muy claramente dos tipos de problemas: uno, el denominado “cheque en garantía”, y dos, el pago de las prestaciones.

Sin afán de revivir debates odiosos, deseo puntualizar que el concepto de eliminación del cheque en garantía se incorporó al final de la discusión, en estos últimos días, en el entendido de que al decidirse suprimirlo se defienden dos bienes jurídicos muy precisos. En primer término, el de que el cheque, con su agregado de acción penal, no debe ser exigido como garantía, porque la posibilidad de cobrarlo por esa vía otorga a quien lo exige un poder enorme sobre la persona que, en situación de necesidad, está obligada a entregarlo. Por lo tanto, a pesar de que no era necesario señalarlo, ya que jamás puede exigirse un cheque en garantía ni derivarse acción penal de ello, quisimos establecerlo en forma expresa.

El segundo bien jurídico protegido está constituido por el derecho a la vida y la obligación de toda persona de prestar ayuda a quien se encuentra en peligro vital. Por eso se

dispone de manera expresa que no se podrá exigir cheque en garantía ni ningún otro instrumento financiero para condicionar una atención de emergencia.

Llamo la atención sobre el hecho de que esto se incorporó recién, por lo siguiente.

Hay que proteger esos dos bienes jurídicos en toda situación: no sólo respecto de los afiliados a las ISAPRES y de los beneficiarios del FONASA, sino de toda persona. Porque si alguien no pertenece a uno de dichos sistemas, ¿quedará expuesto a que se le exija un cheque en garantía? Me parece que ello sería aberrante.

Desgraciadamente, como hemos debido tratar esta iniciativa con “discusión inmediata” y recién comenzamos a analizar el tema del cheque en garantía, todavía no se ha cubierto ese problema.

No se puede exigir cheque en garantía a los afiliados a ISAPRES: lo dice el artículo 3°. Tampoco puede exigirse a los beneficiarios del FONASA: lo dice el artículo 2°. Pero ninguna disposición impide exigirlo a los miles de personas que no pertenecen a esos sistemas. Debido a la crisis económica, 300 mil a 400 mil personas se han salido de las ISAPRES; no están en el FONASA, y quedarían expuestas a esa exigencia.

Pero hay algo más grave aún: si el procedimiento sugerido no opera respecto de algunas personas y, en consecuencia, se puede pedir a ellas cheque en garantía, lo más probable es que eso se exija a todos, para determinar posteriormente si la persona pertenece a una ISAPRE o al FONASA.

¿Cómo se resguarda un establecimiento de salud si hay algunas personas sin protección y si no existe prohibición general de exigir cheque en garantía?

En tal sentido, están bien lo avanzado en la Comisión de Hacienda en cuanto a los afiliados a ISAPRES y la indicación que presentó ayer el Ejecutivo respecto a los beneficiarios del FONASA. Pero falta agregar una disposición de tipo general que deje claramente establecido que, en una situación de emergencia, nunca se puede solicitar la garantía de cheque u otro documento para condicionar la prestación del servicio. Porque no se encuentran todas las personas cubiertas; y de ese modo, todas se hallan descubiertas.

El segundo punto que analizamos en la Comisión de Hacienda dice relación a la forma de pagar las prestaciones. Aclarado que ya no se puede pedir cheque en garantía y establecido que debe pagar la ISAPRE o el FONASA, se estudió cómo reembolsa el beneficiario a una u otro.

En forma muy honesta, quiero señalar que no hemos podido analizar y debatir a fondo la proposición que aprobamos en la Comisión de Hacienda ni la proveniente de la Comisión de Salud. A mi juicio, ambas pueden cumplir bien el propósito buscado.

Señor Presidente, entiendo que una ley jamás podría afectar contratos actualmente vigentes. Por lo tanto, las normas que sancionemos ahora deberán incorporarse en los futuros contratos. Y la indicación aprobada en la Comisión de Hacienda señala un piso mínimo en los contratos de las ISAPRES. Vale decir, si se produce el problema y no está cubierto en el contrato respectivo, opera el préstamo automático.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente que a las 11:30 deberé suspender la sesión. Por lo tanto, si le pareciera a la Sala, otorgaría el uso de la palabra al Honorable señor Ruiz-Esquide por cinco minutos.

Acordado.

Tiene la palabra Su Señoría.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, deseo referirme brevemente a algunos puntos debatidos en las Comisiones de Salud y de Hacienda, y luego, a lo planteado por el titular del primero de esos organismos.

En primer lugar, lamento que volvamos de nuevo al problema procedimental. Llevamos más de una semana discutiendo el tema. Ahora se trata de resolver el punto de fondo y no de entrar a precisar si se votó o no lo relativo al cheque en garantía.

En todo caso, la Sala debe tener claro que el artículo 3° propuesto por el Ejecutivo resolvía la cuestión. Y en una de mis intervenciones durante la discusión general señalé que, en definitiva, allí se solucionaba positivamente la dificultad planteada, aunque no se mencionara el cheque en garantía.

En segundo término, respecto a la duda del Honorable señor Silva -planteaba lo mismo el Senador señor Novoa-, debo aclarar que en el artículo 2° transitorio se previene que lo prescrito por la ley en proyecto regirá para los contratos celebrados una vez que ella entre en vigencia.

En tercer lugar, tocante al tema de fondo, debemos decidir qué actitud adoptar frente al cheque en garantía o a cualquier otro documento. La cuestión queda absolutamente salvada, tanto para el FONASA como para las ISAPRES, en el artículo 3° sugerido por el Ejecutivo y en la norma aprobada por unanimidad en la Comisión de Hacienda.

¿Por qué voté en contra la propuesta de la Comisión de Salud? Porque me pareció insuficiente. La Comisión de Hacienda aprobó un texto que fue enriquecido en ella y que es mucho más amplio en tres aspectos: primero, fija un procedimiento; segundo, precisa claramente la materia respecto de cualquier documento mercantil y, tercero, abre una fórmula de préstamo que nos parece adecuada y positiva.



En seguida, para los casos de falta de previsión a que se refirió el Honorable señor Novoa, quedó claro en la Comisión que el Ejecutivo y los Senadores que la integramos nos hallamos dispuestos a buscar la solución adecuada para las 200 mil o 300 mil personas aludidas.

Sin embargo, deseo explicar a la Sala lo siguiente. Primero, no se dispone del número exacto de los involucrados y cada vez son menos los que se hallan en dicha situación.

Segundo, cualquiera que sea la cifra, los indigentes incluidos en ella se encuentran cubiertos por la disposición relativa a FONASA que obliga a que sean atendidos. En efecto, el artículo 2º de la ley N° 18.469 dispone que “Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas”, etcétera. Por lo tanto, cualquiera que sea la extensión que se dé a la norma, es obvio que si mañana se recurre a una clínica privada, el FONASA debe hacerse cargo, en virtud del texto general de la ley. Y si es necesario especificarlo en un trámite posterior, habrá que hacerlo.

Tercero, si no se es indigente y puede tener lugar una aplicación al FONASA o a una ISAPRE, creo que el precepto constituye un incentivo para esto último, porque el ideal es que cada uno cuente con una previsión.

Y, si no, me parece que se debe establecer, por la vía de las municipalidades y del FONASA mismo, una disposición en el sentido de lo que se llama “indigencia médica”, que no corresponde exactamente a la indigencia global.

En consecuencia, igualmente se debe ser atendido.

Doy por sabido en la Comisión y en la Sala, por lo que se expresó, que si se necesita una precisión mayor –porque el Ejecutivo se había comprometido sobre el particular y no hubo una forma rápida de concretarlo-, se efectuará la incorporación correspondiente en los trámites posteriores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se agotó su tiempo, señor Senador.

La señora FREI (doña Carmen).- ¿Puedo ceder mis cinco minutos al Honorable colega Ruiz-Esquide, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, Su Señoría.

Pero se otorga un minuto al señor Senador para redondear su idea.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Gracias, señor Presidente.

El asunto es que la aprobación del proyecto de la Comisión de Hacienda en definitiva implica una fórmula, primero, para que nadie quede fuera de atención,

expresamente en los términos que se señalan; segundo, se cubre la atención en clínica o en hospital; tercero, se cubre el pago de clínica; cuarto, se cubre la seguridad de quien no puede moverse de la clínica sino con la anuencia del médico cirujano, y, quinto, la ISAPRE o el FONASA repite contra los afiliados, como se ha dicho, de una manera razonable y que garantiza, además, que no se pida al respecto un nuevo cheque de garantía.

Por esas razones, señor Presidente, solicito a la Sala que, en virtud de lo que hemos ido analizando, se consideren dos ideas centrales: pienso, por una parte, que se resuelve el tema del cheque en garantía y, por la otra, que la fórmula propuesta en la Comisión de Hacienda es mejor que la de la Comisión de Salud.

Y, finalmente, nos hallamos dispuestos a abordar cualquier solución que signifique garantizar el ciento por ciento de la atención de urgencia para toda persona.

Gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En atención a los acuerdos pertinentes, se suspende la sesión, para reanudarla en cuanto termine el Congreso Pleno y hasta despachar el proyecto, sin debate. La votación se iniciará a las 13:15.

)------(

**--Se suspendió a las 11:43.**

**--Se reanudó a las 12:37**

)------(

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, esperaré a que mis Honorables colegas tomen asiento.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Solicito a los señores Senadores ocupar sus puestos.

Disculpe Honorable señor Boeninger, pero suspenderé la sesión para esperar al señor Presidente.

El señor BOENINGER.- Y también la llegada de todos los señores Senadores.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Se suspende la sesión por cinco minutos.

)------(

**--Se suspendió a las 12:38.**

**--Se reanudó a las 12:39.**

)------(

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.



El señor BOENINGER.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero hacer una aclaración.

Respecto del tema en discusión -lo relativo al cheque en garantía y las modalidades consideradas en los artículos que se hallan en debate-, me parece que en la lectura que hizo la Secretaría se omitió el hecho de que, además de las páginas 8 y 16 del boletín comparado, donde aparecen los casos del FONASA y de las ISAPRES, con el sistema de créditos en este último, en la página 13 hay un número 5 que es simétrico con lo consignado en la página 16, en cuanto establece la misma modalidad de crédito para el caso de los afiliados del FONASA. Se encuentra vinculado, pero no se explicitó.

Ahora bien, a propósito de los planteamientos sobre la existencia o no del cheque en garantía, debemos tener en cuenta que, tanto en el texto aprobado por la Comisión de Hacienda como en el de la de Salud (página 16 del boletín comparado), se habla no sólo de cheques en garantía, sino de cualesquiera otros instrumentos financieros. De manera que, en todo caso, este tipo de redacción, independientemente de la discusión sobre el cheque en garantía, es necesario.

En segundo lugar, con relación al pago del crédito, quiero hacer resaltar que en la indicación aprobada por la Comisión de Hacienda (discutida anteriormente -como recordó el Senador señor Bombal- en la de Salud) hay tres vías para la etapa posterior al pago de la ISAPRE o del FONASA, en su caso, al prestador: primero, pago directo del afiliado dentro de los treinta días siguientes (así lo señala explícitamente la norma a que me refiero); segundo, posibilidad de convenir una modalidad de pago de común acuerdo entre afiliado y el seguro (aparece en el penúltimo inciso del texto aprobado por la Comisión de Hacienda); y tercero, si no se da en orden lógico ninguna de las dos situaciones anteriores, se entiende que por ministerio de la ley se ha otorgado un crédito al afiliado para los efectos del pago.

A mi entender, el objetivo de aquello es triple. En primer lugar, se da a la ISAPRE y al FONASA, en su caso, un procedimiento concreto para repetir contra el afiliado a los efectos de poder cobrar el copago correspondiente, y asimismo, se evita a la ISAPRE el riesgo de no tener un modo concreto (salvo el juicio) para obtener el pago que le corresponde. En segundo término, se evita al afiliado -y he aquí la diferencia central entre la disposición aprobada por la Comisión de Hacienda, que es más precisa, y la que despachó la de Salud- el riesgo de que las condiciones del pago posterior sean leoninas tanto como estipulación previa del plan de salud cuanto, posteriormente, por exigencia del seguro. Y, en tercer lugar, se evita a ambos, afiliado y seguro, el riesgo de tener que acudir ante los tribunales a un juicio ordinario de muy larga duración y elevado costo para las partes.

De ahí, entonces, que nos ha parecido que, si bien la redacción es larga y entra a bastante detalle, el mecanismo establecido por la Comisión de Hacienda resulta más adecuado.

Lo que sucede, señor Presidente, es que el texto aprobado en la Comisión de Salud -en realidad, fue el perfeccionamiento de una indicación que yo mismo presenté; pero luego me convencí de que dejaba elementos de riesgo sin resolver- no es suficientemente preciso. Porque, al decirse que “las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia”, éstas podrían consistir en condiciones bastante leoninas.

En consecuencia, me pronuncio a favor de la modalidad aprobada por la Comisión de Hacienda.

Y una última observación.

Tengo la impresión de que el problema de los afiliados a los sistemas de salud de la Defensa Nacional y de Carabineros podría resolverse, de haber unanimidad en la Sala, si en el artículo 2º, que se refiere al FONASA, se agregara un inciso final que dispusiera, simplemente: “Se entenderá que las normas de este artículo, en lo que sea pertinente, se aplicarán a los afiliados a los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de Carabineros, en su caso.”.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- De formularse indicación en ese sentido, por la unanimidad de la Sala podríamos incorporarla.

Tiene la palabra el Senador señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, al iniciar mi intervención, que será lo más breve posible, deseo poner en claro un par de aspectos que no se han expuesto ni analizado.

En materia de salud actúan hospitales públicos, clínicas privadas, establecimientos pertenecientes a las Fuerzas Armadas y a Carabineros, en fin. Ello nos señala, pues, que la salud no sólo es un problema del FONASA y las ISAPRES.

Hay al respecto muchos sistemas: algunos, dispuestos por ley; otros, permitidos por la vía legislativa. El FONASA es, sin duda alguna, el más grande. Luego están las ISAPRES. El sistema de las Fuerzas Armadas tiene todo un conjunto de hospitales, y también, una modalidad de atención privada. El de Carabineros, Investigaciones, Gendarmería y parte del Ministerio del Interior es otro sistema, distinto del de las Fuerzas Armadas, del FONASA y de las ISAPRES. Está, asimismo, todo lo relativo a accidentes del trabajo, con las mutuales de seguridad, que, aparentemente, es el sistema que mejor funciona en el país: brinda atención dirigida, cerrada, con clínicas a lo largo de todo Chile; se halla

bien financiado y administrado; es exitoso (ningún sindicato ha señalado nunca que sea malo). Además, está el seguro escolar, que cubre a más de un millón de niños; es un sistema de salud espontáneo, que surge por un acuerdo entre una clínica o un hospital y colegios o centros de padres y apoderados.

Seguramente, hay otros sistemas, que desconozco. Por ejemplo, pequeños servicios específicos de empresas u otros entes que alguna relación tienen con el sistema público del FONASA o con el de las ISAPRES. Personalmente, desarrollo la actividad agrícola, donde espero tener en los próximos meses, con financiamiento mío, un centro dental. O sea, se trata de pequeños ejemplos que se dan en muchos organismos privados.

Y hay otro universo -podríamos denominarlo “ninguno”-, constituido por alrededor de un millón de pequeños agricultores que no están afiliados a ningún sistema: ni al FONASA ni a ISAPRE alguna, en fin. Son personas que, sin estar en una situación paupérrima, no tienen “la cultura” de pagar mensualmente 7 por ciento o el porcentaje que sea para salud.

Así que, en Chile, no hay que situar la salud sólo en el FONASA o en las ISAPRES, porque eso es un error: se trata de algo muy amplio, donde funcionan a lo menos siete u ocho sistemas.

Entonces, el texto aprobado por la Comisión de Hacienda, desde mi punto de vista, adolece de dos grandes errores. Primero, está referido única y exclusivamente a las ISAPRES y al FONASA. Y segundo, termina obligando al financiamiento sólo en una de las áreas: las urgencias.

Tal limitación es absurda, por cuanto el sistema es amplio. En mi concepto, resuelve claramente el problema la indicación presentada en la Comisión de Salud, que con los Honorables señores Silva, Bombal y Ominami votamos a favor, porque, precisamente, recoge esos dos aspectos limitantes del texto de la Comisión de Hacienda.

En primer lugar, estamos hablando de que lo referido a las obligaciones del cheque en garantía y otras es para todo el sistema de salud, sin excepción, y no sólo para las ISAPRES y el FONASA, pues, como señalé, existen otros participantes de mucha importancia. Y de ahí la votación tan mayoritaria que se registró.

En segundo término, estamos haciendo algo muy trascendente: entregar a las ISAPRES herramientas que les permitan llegar a nuevos acuerdos con sus afiliados. Así, uno de los incisos que aprobamos dice: “Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.”. Y otro: “En todo caso,

las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.”.

Se respeta la “ley del contrato”: el Estado no se mete en contratos entre privados.

Me impresiona, señor Presidente, que la Comisión de Hacienda haya aprobado un artículo que impone obligaciones a una de las partes en contratos entre privados.

Al margen de la inconstitucionalidad e inadmisibilidad ya señaladas por los Honorables señores Viera-Gallo y Fernández, hago expresa reserva de constitucionalidad al respecto. Porque si el Estado sigue actuando en contratos entre privados, destruiremos todo el sistema institucional del país, con las defensas y acciones que posibilita.

Creo que la norma aprobada por la Comisión de Salud es la procedente. Y hay una petición de diez señores Senadores para que sea votada. El cheque en garantía desaparece absolutamente en todas las otras obligaciones mercantiles que se establecen. Se considera a todo el sistema de salud. No hay ligazón solamente con una fórmula. No estamos marginando a nadie. Y, por último, se franquea la posibilidad de que entre privados, las ISAPRES y otros entes con sus afiliados, se llegue a los acuerdos correspondientes para el nuevo período.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Moreno.

El señor MORENO.- Señor Presidente, durante el debate llevado a cabo esta mañana se han expuesto argumentos que dan la imagen de que, en el fondo, existe una contradicción entre el informe de la Comisión de Salud y el de la de Hacienda, sobre todo tras escuchar al señor Senador que me precedió, quien hizo referencia a la restricción que importa la norma de la Comisión de Hacienda en cuanto se circunscribe básicamente a dos grupos específicos: los beneficiarios del FONASA y los afiliados a ISAPRES.

Reconozco la validez de esa argumentación, no obstante que en esos dos sistemas está abrumadoramente la mayoría de quienes acceden a las prestaciones de salud.

No puedo dejar de hacer mío el argumento que da cuenta de la situación de los trabajadores independientes, sobre todo en el sector rural, constituido en su gran mayoría por pequeños agricultores, por afuerinos o por temporeras o temporeros -como se les denomina actualmente-, quienes en algunos casos deben recurrir a subterfugios para acceder a las prestaciones del FONASA y a sistemas en los cuales la clasificación en una categoría muchas veces se convierte en un proceso engorroso.

Estamos abocados al estudio de un proyecto que intenta perfeccionar las normas de salud. Sin embargo, no hay duda de que las dos disposiciones dejan afuera -no lo

recogen- uno de los elementos que probablemente estuvieron en el debate público, cual es que la situación de las emergencias no considera los casos -varios de los que estamos aquí los conocemos- en que ellas se convierten, sin serlo, en enfermedades catastróficas y generan tal tipo de desarticulación a nivel familiar y en el régimen de salud que no tienen solución.

Voy a citar la situación que vive en este momento una familia de clase media - omitiré sus nombres por razones obvias-, cuya madre enfermó y se encuentra internada en la UTI del Hospital José Joaquín Aguirre. Lo que comenzó siendo una urgencia lleva más de dos meses, y la cuenta alcanza hoy a un monto superior a 15 millones de pesos. La familia no está en condiciones de pagarla. El cheque que entregaron debió ser renegociado, encontrándose una fórmula de pago que tuvimos que conversar con las autoridades respectivas. Pero el problema radica en que no se trata de una enfermedad catastrófica, no es un cáncer ni un tumor, o algo que se encuentre cubierto en alguna de las categorías. Por lo tanto, aquí es donde quedan al descubierto las falencias del sistema. Entonces, se hace indispensable un seguro que cubra ese tipo de situaciones y que solucione el problema cualquiera que sea el sistema utilizado. Me refiero a un seguro al cual se pueda acceder, por suplencia, ante un evento inesperado.

Pero como aquí hay que optar por una alternativa, no obstante la validez de los argumentos del Senador señor Ríos -que me habría gustado que escuchara mi argumentación-, votaré a favor del informe de la Comisión de Hacienda. Y en la eventualidad de que no se apruebe, me plegaré a la otra proposición.

En síntesis, lo que debe hacerse es, primero que todo, dar una señal clara para que la gente que requiera atención de urgencia no se sienta apremiada por no saber como proceder.

De paso, quiero hacer la siguiente observación.

En su resumen -a mi entender muy didáctico-, el Honorable señor Ruiz-Esquide destacó un punto que debe ser estudiado con cuidado: la opinión del médico cirujano respecto de la continuación del tratamiento del paciente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ha terminado su tiempo, señor Senador.

El señor MORENO.- Concluyo en un minuto.

El ejemplo que acabo de dar a conocer, en que el médico a cargo no autoriza otro tratamiento, está llevando a ese grupo familiar a una situación catastrófica. Aquí se presenta un problema ético, médico y social. Hay que tener precaución respecto de esta materia. No

es que desconozca la validez del juicio del médico, pero también es necesaria mayor prudencia.

Anuncio que votaré favorablemente el informe de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Martínez.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, estas observaciones son producto de mi experiencia en administración de sistemas cerrados de salud.

Es necesario recordar tres puntos. En primer término, el relativo al cobro de la deuda pendiente por la atención de emergencia o urgencia. Debido a los bajos ingresos de las personas que han incurrido en esos gastos -se trata, por desgracia, de un importante número de ciudadanos-, su pago a través del 5 por ciento de descuento de sus sueldos generará, infortunadamente -de acuerdo a la experiencia recogida después de haber utilizado alrededor de 18 años el sistema en una de las instituciones en la cual trabajé-, una deuda que se hará incobrable. Y así ocurrirá, porque dicho porcentaje representa un cobro muy bajo, a pesar de que la deuda se reajuste conforme al IPC, más los intereses medios existentes en ese momento, lo cual terminará gravando tanto al FONASA como a las ISAPRES. Es decir, como cada año el volumen de lo que se debe crecerá, al final se transformará en una deuda de arrastre tanto para el organismo estatal como para las instituciones privadas.

Eso es lo primero que deseaba comentar.

Se trata de una realidad, y en algún momento hay que plantear una segunda discusión de esta ley en proyecto para afinarla. Entiendo que las Comisiones han trabajado apuradas. Reconozco el esfuerzo, pero sugiero analizar estas situaciones más en detalle, porque si no el sistema dejará de ser operativo después de transcurridos 7, 8 ó 10 años.

En segundo lugar, no se define hasta qué momento se entiende que las atenciones son de emergencia o urgencia -este es un problema médico y ético sumamente complicado, porque puede haber atenciones de ese tipo que signifiquen permanecer en la UTI por 30, 40, 50 ó 60 días- y cómo podrían hacerse cargo los sistemas de ISAPRES o FONASA del valor que ellas impliquen.

En tercer término, aquí se ha hablado de extender este régimen a las prestaciones otorgadas por el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas. En este punto hay que tener presente que dicho Sistema se rige por una ley reciente -aprobada hace poco más de dos años por el Parlamento- que faculta para otorgar prestaciones de emergencia y urgencia -conceptos muy similares, pero no iguales- a sus beneficiarios. Además, existen convenios especiales firmados con FONASA e ISAPRES. Alterar este sistema cerrado de salud sin conocer sus efectos es muy complicado, porque es participativo; es decir, todos los



cotizantes aportan un plus de su sueldo para posibilitar su funcionamiento. Luego, si se intenta recuperar los préstamos mediante el descuento del 5 por ciento de las remuneraciones de los afectados, puede ocurrir que los demás beneficiarios, ajenos a esta situación, empiecen a financiar los costos de la no recuperabilidad de esas deudas.

Comprendo el apuro por legislar en esta materia y el trabajo que ello demanda, pero estamos resolviendo un problema cuyos alcances no están bien dimensionados. Por eso, solicito que no se haga mención al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas. Este tema debe analizarse en detalle y después pedir al Ejecutivo que introduzca las correcciones necesarias, para hacer operativa la idea central de no entregar documentos en prenda antes de recibir prestaciones de emergencia.

Finalmente, quizás habría que introducir una enmienda de redacción. Me parece que, en vez de “cheques en garantía”, es preferible hablar de “documentos en garantía” o de “documentos públicos en garantía”. La palabra “cheque” tiene una definición clara y precisa en nuestra legislación mercantil: es un documento a la vista con un tratamiento jurídico muy específico.

De no abordarse este problema, la deuda por este concepto puede transformarse en una carga extraordinariamente pesada tanto para el Fisco, en lo referente a FONASA, como para las ISAPRES, y puede afectar a personas ajenas a dicha obligación porque el patrimonio de estas instituciones quedará gravado por deudas incobrables.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Bitar, último Senador inscrito. Luego procederemos a votar.

El señor BITAR.- Señor Presidente, pienso que hay consenso en cuanto a prohibir la exigencia de cheques u otros instrumentos financieros en garantía. Considero que adoptar esa decisión sería una gran señal, sobre todo si se aplica tanto a las ISAPRES como al FONASA.

Respecto del procedimiento para cobrar las prestaciones de emergencia o urgencia en reemplazo del cheque en garantía, la Comisión de Hacienda plantea una fórmula más rigurosa, a mi juicio, que la de la Comisión de Salud. Me inclino por la primera, recogiendo, sin embargo, la observación del Honorable señor Silva en el sentido de que la obligación dar préstamos o de ejercer la función de prestamista puede considerarse en el límite de la constitucionalidad de esta ley. En tal caso, podría ajustarse su terminología en una Comisión Mixta. No obstante, pienso que la proposición de la Comisión de Hacienda es mejor que la de la Comisión de Salud, que es muy genérica, y por eso la votaré favorablemente.

Creo que el último de los incisos que se agregarían resulta indispensable, a fin de que se faculte a la Superintendencia para impartir instrucciones, lo que no viene en el articulado de la Comisión de Salud. Es algo que permite complementar.

Ha quedado también planteado por algunos señores Senadores el tema de un sector que no se hallaría cubierto. A ello respondo exponiendo los siguientes criterios, que me parecen justos. Si bien algunos pueden encontrarse en esa condición por no estar inscritos en las ISAPRES ni cotizar en FONASA, de todas formas las normas en análisis constituyen un avance sustantivo. Cabe consignar que los indigentes quedan automáticamente cubiertos por FONASA y que una proporción de gente que no reviste esa calidad puede no estar registrada en ninguno de los dos sistemas: ni en el privado ni en el público. En ese caso, como bien lo ha expresado el Senador señor Ruiz-Esquide, un hospital recibe igual y no pide cheque en garantía. Lo que puede ocurrir es que exista un grupo al cual una ISAPRE le represente que no cotiza en ella ni en FONASA y que enfrente, por lo tanto, una situación desventajosa.

Creo que se trata de una minoría, pero, aún así, también comparto la tesis de que se debe incentivar la cotización. Porque, si se deja abierta la posibilidad de no inscribirse ni en FONASA ni en una ISAPRE y de no aportar, y, además, de obtener todas las ventajas, se estimularía el que nadie cotizara. Por lo tanto, se debe buscar una fórmula para el sector al cual me refiero, que es más reducido, pero me parece que es preciso incentivar el que la gente cotice. Pienso que de todas formas se da un paso sustantivo en ese terreno.

Y, en relación con el tema de las Fuerzas Armadas, se ha hecho presente acá, asimismo, que se requeriría un trabajo más riguroso. Pero, con todo, como lo ha destacado el señor Ministro de Salud, a un cotizante protegido por los sistemas de salud de esas instituciones que llega a un servicio público se le trata en cualquier hospital sin la exigencia de un cheque en garantía.

Sobre el particular, quedaría la duda respecto de clínicas privadas atendidas por ISAPRES. Por mi parte, expreso mi disposición a que estudiemos ese aspecto de una manera más precisa y rigurosa, en vez de hacerlo a la carrera.

En virtud de todas estas consideraciones, es adecuado, a mi juicio, aprobar el término del cheque en garantía tanto para el sector público –FONASA- como el privado y discutir el mejor procedimiento respecto del cobro, aspecto en el cual me inclino por la fórmula de la Comisión de Hacienda.

Y, en cuanto a los otros puntos que faltarían, dejo establecido que de todas maneras ahora damos un paso muy grande y que se podrían afinar fórmulas adicionales en una ocasión posterior.



El señor RUIZ-ESQUIDE.- Perdón. ¿Me concede una interrupción, Honorable colega?

El señor BITAR.- Con el mayor gusto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, deseo aclarar muy rápidamente a la Sala dos elementos que se han mencionado.

El primero de ellos es la duda acerca de si a las ISAPRES se les puede fijar una obligación de prestarles a sus afiliados o a sus beneficiarios. Se debe tener en cuenta que se trata un tema de salud, con relación a la cual se ha determinado cierto tipo de contratos que no eran habituales cuando se dictó la ley de ISAPRES.

Y, segundo, cuando se dice que no se puede transformar a esas entidades en organismos financieros -porque es lo que serían si acaso prestaran plata-, no cabe olvidar que ellas participan en el mercado financiero y que parte de sus ingresos, en los últimos balances, provienen de esa actividad. Entonces, no puede manifestarse una disposición distinta para...

Si el Honorable señor Bombal no comparte lo anterior, conforme, pero es mi criterio.

Muchas gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ruego evitar los diálogos. Hago presente al Senador señor Ruiz-Esquide que me referiré a una indicación formulada por Su Señoría y por el Honorable señor Díez.

En efecto, antes de iniciar la votación, informo a la Sala que se ha pedido que sea tratada y votada en su momento una indicación vinculada con el artículo 2º transitorio, lo que requiere unanimidad. Es necesario hacerlo presente ahora por hallarse vinculada una cosa con la otra. Más que nada, se apunta a salvar el tema de la constitucionalidad. El texto dice que la ley será aplicable a los nuevos contratos que celebren las ISAPRES o a las adecuaciones o renovación de los mismos, los que deberán dar cumplimiento a lo previsto en esta ley en sus estipulaciones.

A mi juicio, puede ser que muchos votos vinculados al artículo 2º permanente incluso se encuentren supeditados a la proposición formulada o guarden alguna relación con ella.

¿Hay acuerdo para acceder a lo solicitado?

El señor BITAR.- Señor Presidente, antes de dar la unanimidad, deseo consultar si de esa terminología es posible deducir que el cheque en garantía sólo se puede prohibir respecto de contratos nuevos. Es una redacción que, en ese sentido, se debe esclarecer.

El señor HAMILTON.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor BITAR.- De otro modo, no se puede concurrir a la unanimidad.

El señor HAMILTON.- El cheque en garantía no existe.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pido no abrir debate, por favor, porque el objetivo que se persigue es tratar la indicación al final, en relación con el artículo 2º transitorio. En ese momento se discutirá el asunto.

¿Hay unanimidad para el efecto señalado?

El señor BITAR.- Estoy dispuesto a dar mi conformidad sólo y cuando quede despejado absolutamente que el cheque en garantía se suprime. No quiero abrir la posibilidad de una indicación que ponga en duda tal hecho. Ése es el punto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se hace referencia más bien a las otras prestaciones, señor Senador, como el préstamo, el crédito, etcétera, no al tema del cheque en garantía. Ello resulta claro.

Si le parece a la Sala, la indicación será discutida y resuelta cuando corresponda.

Acordado.

El señor HOFFMANN (Prosecretario).- Corresponde ocuparse en la proposición de la Comisión de Hacienda respecto del N° 1 del artículo 2º, para agregar un inciso nuevo a continuación del tercero de los que se sustituyen.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se acogerá.

Tiene la palabra el Senador señor Novoa.

El señor NOVOA.- Sólo deseo formular una breve sugerencia de redacción, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Como requiere unanimidad, conviene pronunciarse sobre ella después.

El señor NOVOA.- Conforme.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si no hay objeciones, se aprobará la proposición de la Comisión de Hacienda.

**--Se aprueba.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- En el inciso que se agrega, señor Presidente, la segunda parte dice: “En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, cheques en garantía”, etcétera. Se hace referencia a todo un sistema para el pago por FONASA y podría entenderse que no es posible exigir dicho documento después de efectuado el pago o de cumplido todo el procedimiento.

Entonces, para que quede muy claro que no se puede pedir cheque en garantía, me parece conveniente expresar: “Asimismo, en estos casos”, etcétera, a fin de que ello no quede relacionado con las prestaciones y pagos mencionados en el mismo inciso.

He dicho.

El señor HAMILTON.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Hay acuerdo...?

El señor HAMILTON.- No, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Después se expondrá la indicación que...

El señor HAMILTON.- Ella guarda relación con lo mismo, señor Presidente, porque vale para los dos artículos. Es decir, para evitar la observación que formuló en su oportunidad el Senador señor Fernández en el sentido de que no existe el cheque en garantía y, en consecuencia, dado que el expresar que éste no se validará en determinados casos puede llevar, a contrario sensu, a que ese efecto ocurra en otros, aquí se debe hacer igual cosa y cambiar la redacción...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La indicación suya y del Senador señor Fernández, Su Señoría, que también he suscrito, la expondré después, porque lo planteado por el Honorable señor Novoa presenta otro sentido.

El señor HAMILTON.- Bien, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará la proposición de este último señor Senador.

**--Por unanimidad, se aprueba.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Los Honorables señores Hamilton y Fernández han formulado una indicación –como dije, también la he suscrito, pues participo de la misma inquietud- para eliminar, en la misma frase que se estaba considerando, las palabras “en garantía”, de tal manera que quede la expresión “cheques u otros instrumentos financieros en garantía”.

El señor VIERA-GALLO.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La tiene, señor Senador.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, es necesario dejar muy claramente establecido que es posible pagar con cheques.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Sin embargo, en la indicación formulada eso no se refleja con nitidez, pues ella dice: “en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley”...”cheques...”. Y si se elimina la expresión “en garantía” significará que quienes proporcionan la atención estarán impedidos de solicitar ese tipo de documento; o sea, las personas no podrán pagar con cheques.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, señor Senador. La indicación dice: “cheques u otros instrumentos financieros para garantizar”.

El señor VIERA-GALLO.- Entiendo, señor Presidente, pero eso implica lo mismo, porque la expresión “en garantía” se halla vinculada también al término “cheque”.

El señor LARRAÍN.- Sólo en cuanto a garantizar la atención.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se trata de cualquier tipo de cheque. Nadie podrá pedir esta clase de documento para garantizar la prestación de salud.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, a mi juicio, está bien la intención; pero debe evitarse el hecho de que no se pueda pagar con cheques. Eso es lo que pretendo aclarar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La Mesa ordenará un poco el debate, porque de lo contrario entraremos a un gran discusión sobre el tema.

Tiene la palabra el Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, en mi opinión, la idea es evitar la exigencia de un cheque en garantía al momento de la atención. Entonces, para solucionar el problema y salvar los alcances a que aludieron los Senadores señores Hamilton y Fernández, es necesario decir: “cheques u otros instrumentos financieros para garantizar o condicionar de cualquier otra forma dicha atención”, la de emergencia. De esa manera queda resuelta la inquietud y no se impide que el día de mañana se pueda pagar con cheques.

El señor ABURTO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría y, a continuación, los Honorables señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Martínez.

El señor ABURTO.- Señor Presidente, la verdad es que las expresiones “cheques en garantía” no deberían emplearse en una ley, porque resultan sustancialmente contradictorias. Un documento de ese tipo nunca debe darse en garantía. De tal manera que el solo hecho de aludir a un cheque en garantía es contradictorio en sí mismo, pues éste –

como lo dijo el Senador señor Hamilton en su momento- sólo puede ser un instrumento de pago.

En tal virtud, la indicación presentada –respecto de la cual, al parecer, hay mayoría para aprobarla-, al referirse a “cheques u otros instrumentos financieros para garantizar”, está valorizando este tipo de documentos en cuanto a que es posible darlos también en garantía. Por tal razón, presenté una indicación a la Mesa con el objeto de anteponer un par de palabras a la expresión “cheques en garantía” y decir “los llamados cheques en garantía”, porque éstos no son sino una práctica viciosa utilizada en los negocios, en las transacciones mercantiles.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, yo la había solicitado antes.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Su Señoría se encuentra inscrito en cuarto lugar. La Mesa señaló oficialmente el orden de inscripción.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, estoy de acuerdo con la indicación en su última versión, que sustituye la terminología anterior por las expresiones “para garantizar”.

En cuanto al reparo planteado por el Senador señor Aburto, pienso que la ley –y me pareció haber escuchado algún comentario de pasillo en tal sentido- no puede contemplar una frase como “los llamados cheques en garantía”, no es una terminología aceptable. Pero, a lo mejor, podría referirse a la “exigencia previa de cheques u otros instrumentos financieros para garantizar”, porque tal exigencia se entiende que es previa a la atención.

Ése es el problema de fondo. Y formulo la sugerencia en caso de que se estime necesario agregar algo. En lo personal, me resulta satisfactoria la indicación presentada.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, deseo dejar muy en claro dos aspectos, que representan la opinión de quienes hemos participado en el debate. Primero, debe consignarse en la ley que no se exigirá cheque en garantía, documento mercantil, ni documento financiero, con el objeto de evitar cualquier interpretación errónea sobre el particular. Tampoco puede contemplarse ningún otro documento que signifique dar una garantía, pues mañana se podría pedir la hipoteca de una casa para condicionar la atención de salud. Eso debe quedar establecido con mucha nitidez, cualquiera que sea la fórmula que se emplee. En este sentido, me parece útil lo argumentado por los Senadores señores Larraín, Fernández y Hamilton.

Segundo, es necesario dejar también muy en claro que lo anterior es previo al condicionamiento de la atención. Por lo tanto, lo más razonable sería decir: “Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley cualquier documento” -llámese cheque, esto o lo otro- “que de alguna manera condicione la atención”.

Eso es básico. Y creo que Secretaría podría adecuarlo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se buscará la mejor redacción, Su Señoría.

Tiene la palabra el Honorable señor Martínez.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, a mi juicio, el asunto hubiera quedado saldado si, junto con esta enmienda, el Ejecutivo hubiese planteado una modificación a la Ley de Cheques, en orden a estipular claramente en ella que no existe el documento en garantía con este propósito y en la forma indicada. Así, todo el problema de salud habría funcionado sobre rieles y se habría evitado este tipo de situaciones, que evidentemente son importantes.

En consecuencia, estimo que el Gobierno debiera pensar en introducir una corrección a la referida normativa, especificando claramente que el cheque en garantía no existe como un instrumento reconocido en todo el sistema nacional chileno.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Lavandero y, a continuación, el Senador señor Viera-Gallo. Posteriormente se cerrará el debate y se procederá a votar.

El señor LAVANDERO.- Señor Presidente, seré muy breve, porque coincido con lo manifestado por el Honorable señor Boeninger. Desde mi punto de vista, creo que sería conveniente redactar la indicación de la siguiente manera: “en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir, previo a su atención, a los beneficiarios de esta ley” –y esto es lo que se debe agregar- “dinero, cheques u otros instrumentos”, porque si se elimina lo relativo a los cheques es posible que a las personas se les exija determinada cantidad de plata al contado.

De esa forma, la norma quedaría completa y al beneficiario no se le podría solicitar ningún tipo de instrumento en garantía, ni tampoco dinero al contado, para atenderlo ante una emergencia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, en la misma línea de lo argumentado por el Senador señor Lavandero, deseo dejar constancia de que con esta modificación se pretende prohibir la documentación anticipada de un pago. Pero también

debe entenderse que se está impidiendo la solicitud de pago al contado, porque eso sería peor que el cheque en garantía.

Ahora bien, en la frase “o condicionar de cualquier otra forma dicha atención”, se encuentra implícito el hecho de que no se podrá pedir al enfermo que pague al contado. Es bueno dejar constancia de ello en la historia de la ley y a fin de que quede muy claro que lo objetado por el Honorable señor Lavandero no se producirá; vale decir, a la persona no se le podrá exigir pago al contado, menos aún cuando se está prohibiendo dar algo en garantía.

En este sentido, es del caso aclarar que el concepto de instrumentos financieros incluye múltiples elementos. A modo de ejemplo, todos sabemos que en los hoteles se piden tarjetas de crédito, las que se ponen en blanco.

En consecuencia, debe entenderse que con esta iniciativa se está prohibiendo cualquier forma previa de garantizar un futuro pago y, más aún, la exigencia de pago al contado.

El señor BOMBAL.- ¿Me permite, señor Presidente? Deseo hacer una precisión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pero en forma muy breve, señor Senador, porque se cerrará el debate.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, en todo momento se está dando una muy positiva señal respecto del cheque en garantía y otros documentos mercantiles que no se pueden utilizar cuando se trata de atenciones de urgencia o casos de emergencia, respecto de lo cual al país se le ha dejado muy en claro que se abolió el cheque en garantía. Pero, tal como manifestó el Honorable señor Ríos, después de esa señal existirá una realidad que no va a corresponder enteramente a lo que sucederá. ¿Por qué? Porque tratándose ya no de emergencias, sino de atenciones hospitalarias programadas, se exigirán –y esto lo conversé con el señor Director del FONASA- documentos en garantía. ¿Qué puede entender la ciudadanía al respecto? Que cuando el enfermo llegue a un recinto hospitalario a someterse a una operación programada, mientras tramita su plan FONASA, su plan ISAPRE o el que sea, se le pedirá un documento en garantía. Tanto es así que dicha autoridad me señalaba: “nos va a quedar el problema respecto de los copagos. Cómo vamos a garantizar los copagos”.

Debo advertir que en todo momento hemos estado hablando de las urgencias. Pero, ¿qué sucederá cuando se pidan estos resguardos en las atenciones normales, no ya frente a la inminencia de la urgencia, sino en las operaciones programadas?

El señor VIERA-GALLO.- Eso es materia de otra ley.

El señor BOMBAL.- Es que no hay otra ley.



Sobre el punto es importante señalar, para la historia fidedigna del cuerpo legal que nos ocupa, que estamos dando una señal determinada y...

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me concede una interrupción muy corta, señor Senador?

El señor BOMBAL.- ¡Cómo no!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Agradeceré a Sus Señorías ser breves.

Puede hacer uso de la interrupción el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, tiene razón el Senador señor Bombal en cuanto a que la norma se refiere a las urgencias. Para los demás casos, ayer la Cámara de Diputados aprobó otro proyecto que pronto llegará a la consideración del Senado.

Gracias.

El señor BOMBAL.- Pero mientras tanto tenemos esa realidad, señor Presidente.

Además, lo aprobado en general por el Senado indica que antes no se aludía al cheque en garantía en el proyecto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Sabag. Posteriormente se cerrará el debate.

El señor SABAG.- Señor Presidente, creo que todos estamos de acuerdo en que en los casos de urgencia o emergencia se atienda al paciente y no se exija ningún tipo de documento para garantizar el pago de la prestación. Sin embargo, ayer en el Hospital del Profesor a una persona que llegó de urgencia se le pidió un cheque en garantía. Como no tenía cuenta corriente se le exigió la entrega de 800 mil pesos **en efectivo**. Sus familiares tuvieron que buscar por todos lados hasta enterar esa cantidad. Pero al menos el monto se encontraba acotado: 800 mil pesos. En cambio, el cheque en garantía en definitiva podía ser llenado quizás con qué cantidad.

Por eso, pienso que lo señalado tanto por el Honorable señor Lavandero como por otros señores Senadores es bastante pertinente. También puede establecerse la no exigencia de dinero en efectivo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Cerrado el debate.

Después de haber escuchado a los distintos oradores, propongo a la Sala la siguiente redacción...

El señor URENDA.- ¿Me permite precisar un concepto, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se halla cerrado el debate, pero no tengo inconveniente.

Puede usar de la palabra Su Señoría.



El señor URENDA.- Señor Presidente, al parecer todos concordamos con las ideas, pero nos cuesta llegar a una redacción.

Con respecto a lo expresado por el Senador señor Lavandero, podría comenzarse diciendo que se prohíbe la exigencia del pago previo. Esto como primer concepto. Y en seguida referirse a la constitución de garantía y a todo lo demás que aquí se ha dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Señores Senadores, quiero proponer una indicación.

Redactar el párrafo segundo, que comienza con la expresión “En estos casos,”, en la siguiente forma: “Asimismo, en estos casos se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.”.

Si le parece a la Sala, se aprobará.

El señor BITAR.- Está bien.

El señor HAMILTON.- Conforme.

El señor SILVA.- No.

El señor FERNÁNDEZ.- ¿Me permite?

El señor URENDA.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, tal vez deba agregarse a la prohibición de solicitar los instrumentos mencionados “cualquier otra garantía”. Porque podría pedirse un aval, una hipoteca, una prenda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Urenda.

El señor SILVA.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor URENDA.- Señor Presidente, se ha hablado de entregar dinero en garantía. Pero exigir pago previo es una cosa distinta.

Me parece que nada perderíamos con establecer primero que no se podrá exigir ni el pago previo en dinero efectivo, ni la constitución de garantía. Y luego agregar la frase sugerida por Su Señoría y señalar la entrega de dinero (de nuevo), depósito, cheque u otros documentos mercantiles.

Lo esencial es que quede claro. Porque el prestador podría decir: “Mire, usted me paga. No le estoy exigiendo la plata en garantía, sino pidiendo que me pague previamente”. Éste es un concepto distinto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente que estamos trabajando al estilo de una Comisión. Esto no es materia propia de la Sala.

El señor LARRAÍN.- Votemos.

El señor SABAG.- La indicación del señor Presidente era buena.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Es difícil que la Mesa pueda dar una redacción a todas las expresiones que se han vertido. El punto debería haber sido tratado en Comisión.

El señor NOVOA.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La tiene, Su Señoría.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, la idea de la Comisión de Hacienda al incluir la frase “o condicionar de cualquier otra forma dicha atención” fue cubrir todas las eventualidades: la exigencia de dinero, de un reloj, de una hipoteca, de pago previo, etcétera.

El único problema que tenemos aquí es que no queremos validar la expresión “cheque en garantía”. Entonces, sugiero eliminar los términos “en garantía”.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, quizás todos estaremos de acuerdo si al comienzo de la frase se agrega: “Para todos los efectos del sistema de salud”. De esa manera no se nos queda nada en el tintero.

Aquí se ha indicado que en los casos de las clínicas particulares no se podrá evadir el problema. Si la norma se redacta en la forma que he señalado, se incluye todo dentro de ella.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sinceramente, estimo correcta la indicación a que di lectura. Porque para obviar el pago previo en dinero efectivo basta con que la disposición exprese “dinero, cheques u otros instrumentos financieros”.

Y el Honorable señor Novoa tiene razón. Todo lo demás queda cubierto con la frase “o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.”.

Se encuentra bien lograda la indicación.

El señor HAMILTON.- Votemos eso, señor Presidente.

El señor NOVOA.- Excúseme, señor Presidente.

La redacción propuesta por la Mesa dice: “para garantizar o condicionar de cualquier otra forma...”. Debería decir: “para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma...”. De lo contrario, la expresión “o condicionar de cualquier otra forma” no es genérica.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No hay inconveniente. Eso perfecciona la redacción.

El texto definitivo de la indicación quedaría como sigue:“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.”.

¿Habría acuerdo para aprobar este texto?

El señor NOVOA.- Sí.

El señor FERNÁNDEZ.- Conforme.

**--Se aprueba el inciso quinto, nuevo, propuesto por la Comisión de Hacienda en el N° 1 del artículo 2°, con la indicación que acaba de leer el señor Presidente.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde tratar el artículo 3°.

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- En el artículo 3° la Comisión de Salud agregó varios incisos nuevos al artículo 22 de la ley N° 18.933.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Este artículo se refiere también al tema del cheque en garantía pero con relación a las ISAPRES.

El señor VIERA-GALLO.- Habría que redactarlo igual que el anterior.

El señor HAMILTON.- Sí, es preciso darle la misma redacción.

El señor NOVOA.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La tiene, Su Señoría.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, quiero pedir votación separada en este artículo.

Los tres primeros incisos establecen la obligación sustantiva de las ISAPRES de hacerse cargo del pago de las atenciones de urgencia de sus afiliados. Los tres se encuentran redactados en igual forma tanto en el informe de la Comisión de Salud como en el de la de Hacienda. Propongo votarlos en conjunto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Cuáles?

El señor NOVOA.- Los primeros tres incisos de la letra a) del artículo 3°.

El señor CHADWICK.- Que se aprueben.

El señor NOVOA.- Esos tres incisos se aprobaron por unanimidad en ambas Comisiones. Por lo tanto, propongo darlos por aprobados.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si se acogieron unánimemente en las dos Comisiones, se entiende que la Sala también los aprobó.

El señor MARTÍNEZ.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Una vez que concluya el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- En seguida viene el cuarto inciso, que fue reemplazado por la Comisión de Hacienda y se refiere a la prohibición de exigir cheque en garantía.

Solicito votar separadamente este inciso.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- De acuerdo.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Cuál es el inciso cuarto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se encuentra en la página 16.

El señor VIERA-GALLO.- Perdón. El inciso cuarto no establece lo que expresa el Honorable señor Novoa, salvo que estemos viendo otro texto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El inciso cuarto figura en la última columna de la página 16 del boletín comparado. Es la segunda norma que aparece ahí.

El señor NOVOA.- A continuación figura el resto de los incisos que la Comisión de Hacienda agrega al artículo 22 de la ley N° 18.933.

Reitero: en el cuarto inciso se prohíbe a los prestadores -es decir a las ISAPRES- de atención de urgencia exigir a los usuarios cheque en garantía u otros instrumentos financieros.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Le daremos la misma redacción que en el caso del FONASA.

El señor VIERA-GALLO.- Sí, hay que ponerlo en correspondencia con la disposición aprobada en el artículo 2°.

El señor FERNÁNDEZ.- Perfecto.

El señor NOVOA.- Los restantes incisos establecen un mecanismo para que las ISAPRES puedan recuperar lo que han pagado. En la Comisión de Salud se había aprobado otro mecanismo.

En consecuencia, hay dos opciones. Los señores Senadores deberán decidir la que consideran mejor. Si se aprueba la de la Comisión de Hacienda, se entenderá rechazada la de la de Salud. En caso de desecharse la primera, deberá votarse esta última.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Está claro.

Tiene la palabra el Honorable señor Martínez.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, para los efectos de ordenar la discusión, solicito que se especifique claramente de qué incisos se trata. Porque aquí se mencionó un inciso cuarto que no existe, y ha sido comentado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Eso ya fue aclarado, señor Senador.

El señor MARTÍNEZ.- El Senador señor Novoa habla de los tres primeros incisos correspondientes al informe de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se refiere a la columna final, señor Senador.

El señor MARTÍNEZ.- Entonces, en esa columna habrá que indicar si se trata del último párrafo del inciso tercero.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Al iniciar la votación, la Presidencia va a precisar bien ese aspecto, señor Senador.

Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, quiero entender lo propuesto por el Senador señor Novoa de la siguiente manera: del artículo 22, (en la página 15 del texto comparado) quedarían aprobados, según su propuesta, los incisos primero, segundo y tercero. También tendría que serlo el cuarto, con nueva redacción, para dejarlo congruente con lo de FONASA. Hasta ahí, estaríamos de acuerdo en aprobar.

La proposición que se está haciendo consiste en votar por separado. Según entiendo, se trata de contraponerla con lo sugerido por la Comisión de Salud.

Si el señor Presidente lo permite, deseo plantear dos observaciones con el objeto de hacer coherente el texto.

En primer lugar, la diferencia fundamental que se advierte radica en que la indicación de la Comisión de Salud da la cobertura para todo el sistema de salud, cualesquiera sean las circunstancias: emergencia, urgencia, o programada, por llamarlo así. Y esto se refiere exclusivamente a las emergencias.

Ahora bien, ¿qué importancia tiene esto? Ésa es la razón por la cual se propuso la modificación en la ley FONASA. Y de parte de algunos Senadores, entre los que me incluyo --debo reconocerlo con mucha franqueza-, no hubo una aceptación de la indicación o proyecto de la Cámara de Diputados.

Si no se modifica el sistema de urgencia, debe dejarse un adecuado procedimiento. Éste se da en el artículo 3°. Hay una fórmula de resolver el asunto Y para hacerlo globalmente (éste es el meollo de la cuestión), opere el sistema y las ISAPRES puedan reclamar este derecho, tiene que aprobarse todo lo que se consigna en la página 16 del texto comparado. No sólo hay una negativa al cheque o documento en garantía; sino también una fórmula conducente a resolver razonablemente el problema para el beneficiario y para la ISAPRE o el FONASA. Si aprobáramos la proposición de la Comisión de Salud,

entonces sí ampliaríamos el sistema a todo; pero no hay ningún mecanismo que aclare la manera en que se va a hacer el pago y solucionar en forma global y en profundidad el problema.

En consecuencia, lo que he dicho durante todo el alegato es que estoy dispuesto a votar absolutamente la eliminación, pero para todo evento. Lo he reiterado mil veces y no sólo ahora, a lo largo de muchos años. Pero eso significa, señores Senadores (y a esto es a lo que está comprometido el Gobierno, y creo que debe comprometerse también al Parlamento), que tenemos que modificar la ley. En ella deben formularse las indicaciones pertinentes. Tenemos que modificar otra vez la ley de ISAPRES, porque el sistema no funciona si ello no se realiza; y, por lo tanto, enmendar a fondo el sistema de salud. Lo otro sería sentar una decisión que no va a resolverse, porque no hay forma de hacerlo.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Estamos en el artículo 3°. El Honorable señor Novoa ha pedido dividir la votación, solicitud que Su Señoría tiene derecho a hacer.

Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

Luego de que intervenga el Senador señor Larraín cerraremos el debate.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, estoy de acuerdo con el Senador señor Ruiz-Eskuide en cuanto a que tenemos que estudiar una modificación a todo el sistema de salud.

La proposición del Honorable señor Novoa -que aceptamos en plenitud- puede graficarse del siguiente modo: El señor Senador sostiene que ya está aprobado lo anterior. Los últimos incisos quedarían en la siguiente forma: aprobados en el texto final el inciso primero y el segundo, con nueva redacción. De las modificaciones que propone la Comisión de Salud, se acogería el inciso primero (sin perjuicio de que pasa a ser tercero); y el inciso segundo (que comienza: “En todo caso, las Instituciones de Salud Previsional...”), pasaría a ser cuarto.

Eso es lo que propone el Senador señor Novoa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, en mi opinión, la sugerencia del Senador Novoa permite dilucidar las verdaderas opciones que hay aquí.

Ya está claro que respecto de los primeros tres incisos de este artículo existe consenso.

El cuarto, de la proposición de la Comisión de Hacienda, según la redacción nueva, me parece que también refleja lo que se acordó anteriormente; y debería entenderse también aprobado con la misma votación que el anterior.

Lo que está en discusión es si incorporamos en el proyecto lo que propone la Comisión de Hacienda a partir del inciso quinto, que consiste en un sistema de pago reglamentado por la ley. En virtud de él, las ISAPRES pueden repetir lo pagado en contra de sus afiliados, de la manera que ahí se establece. O dejar la alternativa que propone la Comisión de Salud en los incisos cuarto y quinto, que está en la misma página 16 del texto comparado. Pero sólo los dos primeros incisos, porque el último se entendería incorporado en el cuarto.

De este modo, lo que deberíamos votar, o es un sistema reglamentado, como el de la Comisión de Hacienda; o uno abierto, por llamarlo de alguna manera, como el que plantea la Comisión de Salud.

Me parece altamente inconveniente que dispongamos por ley el mecanismo a través del cual se va a reglamentar en las ISAPRES la cobranza a sus afiliados. Me parece que lo prudente es dejar lo que aquí se menciona por la Comisión de Salud, porque de lo contrario vamos a imponer tal grado de rigideces y un mecanismo de tal naturaleza que si se establece para esto, en general vamos a permitir a los deudores que en otros mecanismos propongan exactamente las mismas modalidades de pago.

Nosotros no podemos reglamentar el pago de deudas, como aquí se está pretendiendo. Opino que es en extremo inconveniente para el sistema crediticio y financiero en general. Según mi criterio, lo prudente es dejar lo que propone la Comisión de Salud.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, ¿puedo hacer uso de una interrupción?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Advierto a la Sala que deben aclararse las proposiciones.

Hay acuerdo unánime para dar por aprobados los tres primeros incisos; y también el cuarto, con la nueva redacción que se dio a la parte pertinente del artículo segundo equivalente.

¿Habrá acuerdo?

Acordado.

Corresponde someter a votación los incisos quinto y siguientes, que se refieren a todo el sistema de préstamos y su recuperación, etcétera. Al respecto existe la siguiente alternativa: o se aprueba la sugerencia de la Comisión de Salud, o la presentada por la de Hacienda.



Cuando comenzamos la discusión del proyecto -previa consulta a diversos señores Senadores involucrados en la discusión pertinente-, expuse a la Sala que se votaría primero la proposición de la Comisión de Hacienda; que si ésta se aprobaba, se entendería rechazada la de Salud. Si por el contrario la primera era rechazada, pasaríamos a pronunciarnos por la de la Comisión de Salud.

Eso es lo que procede.

Por consiguiente, propongo iniciar la votación del texto de la Comisión de Hacienda. Figura en la página 16 del texto comparado, en la última columna. Son los preceptos que comienzan con el inciso que dice “Para los efectos de la aplicación...” (el tercero de la página 16) hasta el final de la página 17.

¿El Senador señor Vega desea una aclaración?

El señor VEGA.- No, señor Presidente. Entiendo que vamos a votar los incisos que aparecen después del cuarto, porque éste ya está aprobado.

El señor BITAR.- Señor Presidente, deseo hacer una aclaración.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor BITAR.- Si no me equivoco, vamos a votar la norma desde el inciso quinto, que comienza con la expresión “Para los efectos de...”.

El señor MORENO.- Hasta el final, donde dice “a sus afiliados.”.

El señor BITAR.- No estoy de acuerdo. En mi opinión, el último inciso del artículo 3º tiene valor cualquiera que sea la fórmula, la de la Comisión de Hacienda o la de la Comisión de Salud, pero no se incluye la último, que se refiere a la facultad de la Superintendencia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si se aprueba el texto de la Comisión de Hacienda, no hay problema. Si se rechaza, en ese momento podremos agregar al otro sistema de salud, a través de una indicación, el inciso aludido.

El señor BITAR.- Entonces, señor Presidente, si he entendido bien, en la hipótesis del rechazo de la norma de la Comisión de Hacienda, se sometería a votación nuevamente su último inciso.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es, señor Senador. Podríamos proponer su agregación al texto de la Comisión de Salud.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una aclaración, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- El texto de la Comisión de Salud tiene una cierta contradicción. Sus dos primeros incisos son más liberales que el sistema aprobado por la Comisión de Hacienda. Sin embargo, como señaló el Honorable señor Silva, el último inciso

tiene el efecto de aplicar las disposiciones anteriores no sólo a los casos de urgencia, sino a todo el sistema de salud. Entonces, se advierte aquí cierta contradicción. En efecto, uno podría preferir la propuesta de la Comisión de Hacienda, porque favorece más a los usuarios; pero lo cierto es que las normas de la Comisión de Salud, al extender el mecanismo, estarían beneficiando a todo el sistema de salud. No veo cómo se va a solucionar ese problema.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Prat.

El señor PRAT.- Señor Presidente, a mi juicio, con el inciso cuarto que acabamos de aprobar se hace innecesaria la mantención del inciso final.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, creo que no es así, porque uno y otro se refieren a materias distintas.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Voy a poner en votación los incisos señalados del artículo 3º, desde el número quinto, que comienza con las palabras “Para los efectos de la aplicación” hasta el final.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Me permite, señor Presidente? Deseo hacer una aclaración antes de que comencemos a votar, porque éste no es un tema menor.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Quiero saber lo siguiente: si en la votación se rechazara la propuesta de la Comisión de Hacienda, ¿estaríamos aprobando el texto de la Comisión de Salud sin el inciso final?

El señor VIERA-GALLO.- No, señor Senador.

El señor PARRA.- Se podría agregar después.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Ve que es pertinente mi pregunta, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Quiero ser muy claro: vamos a votar el texto completo, desde el inciso quinto hasta el final del artículo 3º propuesto por la Comisión de Hacienda. Si se rechazara, tendríamos que pronunciarnos respecto de las normas sugeridas por la Comisión de Salud, a los cuales sólo por la unanimidad de la Sala podríamos introducirles enmiendas. Así lo establece el Reglamento.

El señor LARRAÍN.- Exactamente, señor Presidente.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Sí, señor Presidente, pero hay una cierta racionalidad en la inquietud que he planteado. Ya hemos aprobado el inciso cuarto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es; ya está aprobado.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Por lo tanto, no podemos acoger ahora completamente el texto de la Comisión de Salud, porque uno de sus incisos es contradictorio con lo ya aprobado.

El señor VIERA-GALLO.- No es contradictorio, señor Presidente, porque no se refiere a las urgencias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Cuando votemos lo propuesto por la Comisión de Salud y si se llega a rechazar el texto de la Comisión de Hacienda, podrá hacerse todo ese tipo de aclaraciones; pero debemos ir por parte.

En votación el artículo 3º de la Comisión de Hacienda, desde su inciso quinto hasta el final.

**--(Durante la votación).**

El señor BITAR.- Señor Presidente, voto a favor de la fórmula de la Comisión de Hacienda. Sin embargo, si algunos señores Senadores tienen dudas respecto de la aplicación de la modalidad allí propuesta –he conversado sobre el particular con el Honorable señor Díez-, quiero expresar que también soy partidario de que aquellos incisos que dicen relación al préstamo deben tener vigencia sólo para los nuevos contratos. Por lo tanto, expreso mi disposición a apoyar una indicación que reitere esa idea en un artículo transitorio, a fin de que el préstamo no se pueda aplicar a convenios que están en vigencia, sino de aquí en adelante.

Hecha esa aclaración, voto a favor.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, voto por el texto aprobado por la Comisión de Hacienda. Sin perjuicio de ello, deseo destacar que no se trata aquí de una mera imposición de un préstamo por ley. Como lo dije hace un rato, se contempla, primero, la eventualidad de que el afiliado pague en los treinta primeros días; y segundo, la posibilidad de un convenio directo entre los interesados -afiliado y seguro- para concordar una modalidad de pago. Sólo a falta de estas dos cosas dispone el proyecto que automáticamente habrá un crédito. No hay, pues, una mera imposición por ley.

Por otro lado, creo conveniente enfatizar que, en mi opinión, el último inciso, el que concede facultades a la Superintendencia, es muy necesario, y no viene en las normas aprobadas por la Comisión de Salud.

Además, me parece muy cierto lo dicho por el Senador señor Ruiz-Esquide en el sentido de que la aplicación del mecanismo propuesto a todo el sistema de salud genera otro tipo de problemas legales, bastante más complicados. En consecuencia, me parecería compleja la aprobación del otro texto.

Voto a favor.

El señor GAZMURI.- Señor Presidente, estoy de acuerdo con el sistema propuesto, aunque me habría gustado contar con una estimación del funcionamiento en

régimen del mismo. Entiendo que, por las condiciones en que se discutió la iniciativa, eso no se ha hecho. Hago la observación, más bien, para el debate futuro.

Voto a favor.

El señor HAMILTON.- Señor Presidente, voto por la propuesta de la Comisión de Hacienda, fundamentalmente, por dos motivos: en primer lugar, porque, de no aprobarse, quedaría incompleta la ley; y, en segundo término, porque la forma como aquella regula los préstamos permite defender, beneficiar o proteger a los usuarios del régimen de las ISAPRES. Si no se aprobara, se dejaría a éstas con las manos libres para imponer el sistema que quisieran.

El señor LAVANDERO.- Señor Presidente, también respaldo el texto de la Comisión de Hacienda, porque me parece racional, claro y comprensible para quien, en algún momento, pueda verse sometido a la exigencia de pagar cierta suma de dinero por su atención de urgencia. Si volviéramos a la disposición de la Comisión de Salud, podría ocurrir que las fórmulas de las diversas ISAPRES pudieran no solamente ser disímiles entre sí, sino, en algunos casos, hasta draconianas, lo cual contradiría los propósitos que hemos tenido en vista al elaborar la disposición de la Comisión de Hacienda.

Por consiguiente, llamo la atención respecto del hecho de que quienes votan por la propuesta de la Comisión de Hacienda presentan una posición clara, atendible, para todos los cotizantes, sean de FONASA o de alguna ISAPRE. En cambio, si aprobáramos las normas sugeridas por la Comisión de Salud, estaríamos dejando lo relativo a las cobranzas en una situación de incertidumbre, en cuanto a la forma como cada ISAPRE las puede estimar.

En mi opinión, la señal clara que hemos querido dar aquí es que en los casos de emergencia es una obligación ineludible –hoy y mañana- entregar la atención de salud.

¿Qué pasaría si a raíz de la aprobación de las normas propuestas por la Comisión de Salud se exigieran condiciones extraordinariamente duras e imposibles de cumplir para los afiliados?

Por esa razón, quienes somos partidarios del texto propuesto por la Comisión de Hacienda, lo hacemos de cara al país, para que la gente sepa desde ya qué le puede pasar en este país ante una emergencia de salud.

Por eso, voto a favor de la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Martínez.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, el problema es el siguiente.

Las cuotas mensuales, que no podrán exceder el 5 por ciento de la remuneración o renta imponible, hacen prácticamente imposible recuperar los valores. Ello, por dos motivos: primero, porque el 5 por ciento de la renta, de hecho, va a ser crítico para las personas que perciben rentas muy bajas o mínimas y que han accedido al sistema de ISAPRES, y segundo, porque una deuda de un millón de pesos, que debe pagarse en cuotas de 5 por ciento de la remuneración, significa a menudo cancelar alrededor de cien cuotas, para lo cual el afectado tendría que pagar durante ocho años.

De lo anterior se desprende que es imposible cobrar la deuda. Tal vez pueda equivocarme en las cifras matemáticas –lo debo reconocer-, pero está claro que con el 5 por ciento no es posible recuperar el préstamo que hacen las ISAPRES o el FONASA. Por lo tanto, sugiero que estudiemos esta materia de nuevo.

Por lo expuesto voto negativamente, ya que no es real lo que estamos aprobando.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Moreno.

El señor MORENO.- Señor Presidente, votaré a favor de la proposición de la Comisión de Hacienda, por las siguientes razones.

En primer término, aquí estamos legislando a favor de la gente y no de las ISAPRES. No tengo nada en contra de esas instituciones como tales, pero el problema radica en que la gente hoy está prácticamente en la indefensión cuando debe llegar de emergencia a una clínica o someterse a un sistema cubierto por FONASA, sobre todo cuando, como se sabe, la persona está prácticamente entregada a la atención de un organismo que vincula su ganancia con lo que pueda extraer de esa tragedia.

Debemos ser claros en esta materia. No pretendo atribuir intenciones a nadie. Pero es bueno que se sepa que quienes votamos por esta fórmula estamos dándole a la gente la posibilidad de entender en forma didáctica y clara qué es lo que le ocurrirá en una emergencia de esta naturaleza. Ésa es la razón por la cual –sin desconocer que puede haber otros argumentos, como lo expresé en mi intervención-, creo que ha llegado el momento de decirle al país de qué lado estamos, a qué lado va el cambio: si a favor de la gente o en contra de ella.

Voto a favor de la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, desde luego yo voto a favor del cambio.

En primer lugar, se establece la obligación de que las ISAPRES paguen a los hospitales de las clínicas privadas por las prestaciones de emergencia. Eso ya está claramente establecido.

En segundo término, se prohíbe a esos prestadores exigir cheque en garantía o condicionar de otra forma la prestación de un servicio de urgencia. Eso también está claramente establecido.

Al respecto, debo señalar que no es efectivo que en la proposición de la Comisión de Salud sea más amplia esa prohibición, porque aun cuando dice que "Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas", lo cierto es que las fórmulas que se están discutiendo dicen relación con los sistemas de urgencia.

Así que lo que hemos logrado ahora es prohibir la exigencia de un cheque en garantía respecto de los afiliados a ISAPRES en casos de urgencia. Eso es lo que realmente hemos conseguido hacer y que también se hizo con FONASA. No obstante, debo insistir en que se encuentra pendiente la situación de las personas que no están cubiertas por esos sistemas, motivo por el cual solicito al señor Ministro de Salud y al Gobierno que en el próximo trámite tratemos de cubrir cualquier brecha que pueda producirse, para que no haya personas a las cuales se les pueda exigir cheque en garantía.

Ahora, de aquí en adelante, ¿qué se establece en la ley? Se dispone cómo se puede recuperar por parte de las ISAPRES el pago al cual la ley obliga.

Debo decir con toda amplitud que cualquiera de los dos sistemas propuestos busca el mismo propósito. En el caso de lo que aprobamos en la Comisión de Hacienda, se establece un procedimiento más detallado. Y si uno lee lo que se está votando, podrá observar que se refiere a los casos en que los contratos normalmente no cubren otro tipo de procedimiento. Porque existe un inciso que dice claramente que "Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.". ¡Con toda razón! ¡Si hay afiliados a las ISAPRES que tienen ingresos gigantescos! ¡Pero por supuesto! Eso es lo que se está votando. Entonces, cuando se habla de que un sistema es acá versus el otro y no se leen los incisos correspondientes, realmente llama la atención.

Creo que está claro lo siguiente: primero, que no se puede pedir cheque en garantía; segundo, que si la persona está afiliada a una ISAPRE, ésta debe responder al hospital o la clínica, y, tercero, que existe un sistema para que la ISAPRE pueda recuperarse. Y ese sistema está establecido en forma que la ley da una señal muy clara; pero también indica que en los distintos contratos que se celebren en el futuro podrán establecerse



fórmulas diferentes, lo cual es razonable, porque nadie está obligado a entrar a una ISAPRE. La persona que no quiera hacerlo, porque los contratos no le acomodan, no entra a una institución de salud previsual. Esto me parece razonable.

Voto a favor de la proposición de la Comisión de Hacienda, entendiendo que en la Comisión de Salud, con una fórmula más genérica, se buscó el mismo propósito perseguido por la de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Prat.

El señor PRAT.- Señor Presidente, quiero fundamentar brevemente el voto.

En primer lugar, creo que debe preocuparnos en mayor medida la asimetría que se está generando en el caso de la atención de urgencia y en el de la atención programada. Porque el límite entre la prestación de urgencia y la programada es muy subjetivo. De hecho, cuando hay crisis económicas, disminuyen las atenciones programadas y aumentan las de urgencia, porque la gente deja las cosas para el final y el mal que la aqueja termina causando una atención de urgencia.

Si establecemos fórmulas que van contra la realidad, es muy probable que muchas de las atenciones programadas se conviertan en prestaciones de urgencia. Con ello se generará un gran problema sobre los sistemas de urgencia, los que deben estar destinados a las personas que están realmente en situación de urgencia. Por eso, cuando legislamos sobre una materia como la que nos ocupa, debemos ser muy cuidadosos respecto de los efectos que, en la práctica, se van a producir.

En la Comisión de Hacienda aprobé la norma en comento, en parte por las razones dadas por el Senador señor Novoa, en cuanto a que las dos fórmulas no son muy distintas, porque ambas mantienen una ventana de flexibilidad, en el sentido de que se da la opción a las partes para convenir algo diferente. No obstante, me preocupa el hecho de que, al establecer el mecanismo del cinco por ciento de la remuneración, estemos creando una expectativa que puede ser falsa, que no se halle fundada en la realidad y que lleve en el tiempo a que este sistema no opere, por la imposibilidad de recuperar determinados montos, lo cual conducirá a que en los contratos se estipulen fórmulas distintas de las que nosotros, con muy buena intención, hemos señalado en la norma. Con ello estaremos sembrando en la gente una insatisfacción que terminará siendo contra el bien común.

En tal virtud, he resuelto variar la posición que sostuve en la Comisión de Hacienda y optar por una fórmula de máxima flexibilidad, cual es la que aprobó en su oportunidad la de Salud.

Por eso, rechazo la norma propuesta por la Comisión de Hacienda.



El señor RÍOS.- Señor Presidente, en todos los programas sociales desarrollados bajo el actual Gobierno y los anteriores en que efectivamente ha habido gran éxito, ello ha sido precisamente por su flexibilidad, tanto en las disposiciones que facultan al Ministro correspondiente para actuar, como en las relativas a empresas u organismos privados que intervienen en esos programa sociales.

En el día de ayer el señor Ministro de Vivienda nos dio un ejemplo fantástico al respecto –aprovecho de felicitarlo en el Senado-, en el sentido de regionalizar más todo ese proceso. ¿Qué reconoce el señor Ministro? Que el 84 por ciento del recurso con el cual trabaja Vivienda en programas exitosos proviene del sector privado. Y señaló que su responsabilidad como Ministro de Vivienda de ir adecuando los distintos sistemas, los subsidios y otros aspectos, le han permitido actualmente tener 3,86 habitantes por casa en Chile, según la última encuesta CASEN. Ese Ministro, esa Secretaría de Estado, esas leyes, esas normas, son ejemplos positivos para actuar en todo el resto del campo social. Para lograr lo anterior no existe precepto legal que obligue a que las empresas constructoras deban contar con tal o cual requisito, por cuanto ello se encuentra sujeto a ciertas normas técnicas globales que se tienen presentes para los efectos de la construcción.

En la materia que nos ocupa, la situación es exactamente igual. Aquí debemos asumir una responsabilidad clara y definida: confiar en el sistema chileno, que permite a las empresas privadas actuar conforme a ciertas normas y criterios establecidos siempre por una Superintendencia –en este caso, la de ISAPRES-, para proceder de acuerdo con normas morales, con acciones que respondan al sistema financiero, y, en definitiva, con todo lo inherente a una empresa determinada.

Por eso, la proposición de la Comisión de Salud, en el fondo, dice “confiar en las personas”, esto es, recoge las experiencias positivas de otras áreas sociales y no está encerrada en una cantidad de disposiciones reglamentarias que, de acuerdo con todas las experiencias que hemos tenido, a los pocos meses de su aplicación obligan a hacer las modificaciones del caso, porque surgen decenas y decenas de ejemplos que no se hallan establecidos en el detalle reglamentario normalmente contenido en las leyes.

Por lo tanto, el hecho de rechazar el texto propuesto por la Comisión de Hacienda y posteriormente aprobar el de la de Salud, deja establecida la norma en forma más abierta, con mayor independencia. Las personas a las cuales, con mucha razón, según señaló el Senador señor Lavandero, les resulta inmensamente caro solventar un programa en las ISAPRES, pueden retirarse de éstas y afiliarse al FONASA -algún día deberemos descentralizarlo también, y, a lo mejor, muchos de nosotros nos iremos a un FONASA más regionalizado-, teniendo la alternativa de resolver libremente al respecto.

Por las razones dadas, votaré en contra del texto propuesto por la Comisión de Hacienda y, posteriormente, a favor del sugerido por la de Salud.

El señor ROMERO.- Señor Presidente, en verdad, este debate tiene la intención de ir aclarando las situaciones y de ir planteándose cuáles son los distintos escenarios. Sin embargo, hay un escenario en que tal vez, dado que carecemos de algunos antecedentes y no sabemos la reacción que suscitará una u otra disposición, tanto en el FONASA y en las ISAPRES como en los propios usuarios, no podemos medir el efecto de las medidas que se adoptarán por parte de las instituciones de salud para establecer su sistema en relación con esta materia.

Eso, obviamente, puede acarrear como resultado una situación del todo inesperada en el futuro. A mi juicio, estamos planteándonos esta materia en términos de la inmediatez. Tal vez hemos resuelto el problema de los documentos en garantía, respecto de lo cual, a mi juicio, todo el mundo está de acuerdo. Sin embargo, en cuanto al otro aspecto, me parece que debemos tener una mayor creatividad y, quizás, plantearnos una solución más de fondo para el futuro.

En esta ocasión, deseo pedir al señor Ministro de Salud que inicie un estudio respecto de la posibilidad de establecer un sistema de seguro que, financiado por las cotizaciones de quienes están afiliados a las ISAPRES y al FONASA, pueda cubrir en el futuro una situación de urgencia y que sea compartida por todos los que se hallan adscritos a uno u otro sistema. Eso, a mi juicio, se llama solidaridad. Eso me parece equitativo y puede resolver un problema de fondo. Porque no me cabe la menor duda de que algún día alguien deberá pagar la cuenta respecto de los efectos que puedan derivar de esta situación.

Me parece que la creación de ese seguro -que, por lo demás, según tengo entendido, se está planteando también por Diputados de distintos partidos políticos- constituye una solución más de fondo que el establecer un sistema flexible o inflexible que, en definitiva, puede producir efectos distintos de los que nos es factible esperar.

Formulo tal proposición, y la planteo como un oficio, para que se lo envíe, en mi nombre y en el de los señores Senadores que deseen adherir, al Ministerio de Salud, con el objeto de que se vaya al fondo del tema y se estudie la creación de un seguro nacional y colectivo, que permita establecer las bases para que la solidaridad de quienes participan, tanto en el sistema de las ISAPRES como en el de FONASA, pueda encontrar una solución al problema. Porque en algún momento se deberá pagar la cuenta, y muchas veces no se sabe quien termina pagándola. A veces, uno cree que los beneficiados en esta materia son determinadas personas; sin embargo, a mi juicio, puede ocurrir lo contrario.

En tal virtud, haciendo la salvedad de que ambas soluciones podrían ser aceptables, me inclino por el texto propuesto por la Comisión de Salud, que es un poco más amplio, más flexible, y que podría permitir mañana introducir un sistema de seguro como el que he planteado.

Por las razones dadas, voto en contra. Sin embargo, la proposición a que aludí la hago formalmente, a fin de que el Ministerio de Salud inicie el estudio sobre esa materia.

El señor RUIZ (don José).- Señor Presidente, voy a votar por el texto propuesto por la Comisión de Hacienda, porque efectivamente protege en mejor forma a quienes deben recurrir a la atención de urgencia.

A mi juicio, el hecho de que se establezca un mecanismo en el proyecto para el pago de las prestaciones de urgencia, da garantía de que las personas no serán objeto de una exigencia excesiva. Sin embargo, me asalta una duda respecto del penúltimo inciso, en el sentido de que posteriormente las ISAPRES puedan forzar a sus afiliados a suscribir un nuevo convenio en el cual se les obligue a renunciar en el fondo a ese virtual beneficio del inciso quinto. Más aún, al discutir este tema -lo expresé en otra oportunidad- estamos colocando otro parche a un sistema que no sirve. El sistema privado de salud, en mi concepto, sirve sólo a las personas con altos ingresos. Un número importante de trabajadores que cotizan en las ISAPRES no tienen rentas suficientes para acceder a un plan adecuado, por lo que se hallan en la más absoluta indefensión.

Hoy día estamos solucionando un problema de emergencia. Me parece bien, y por eso apoyo la proposición que se nos ha hecho. Sin embargo, estimo que, más que pedir al señor Ministro que revise procedimientos, a Chile le hace falta realizar un debate abierto y amplio sobre todo el sistema de salud vigente, para ver si garantiza a la totalidad de los chilenos el acceso a niveles de atención acordes con las exigencias de la modernidad de que tanto hablamos.

Voto a favor de lo propuesto por la Comisión de Hacienda.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, primero, debemos tener presente que salud no es vivienda ni construcción de caminos. Salud es un concepto completamente distinto, que se mueve por razones y fundamentos éticos diferentes. Por lo tanto, no caben analogías como la hecha en esta Sala.

Segundo: confío en la gente, pero no en las ISAPRES. Ése es el punto. Por eso prefiero la proposición de la Comisión de Hacienda.

Tercero: no hay problema de asimetría entre urgencia y emergencia. En la Comisión de Salud se incorporaron ambos aspectos, en el entendido de que “urgencia” es la

sensación subjetiva de daño corporal, y “emergencia”, lo que califica al médico cirujano. Y por ello se genera un ordenamiento dentro de lo sugerido por la Comisión de Hacienda.

Cuarto: en cuanto al planteamiento de la Comisión de Salud sobre aplicabilidad a todo el sistema de salud, los señores Senadores deben saber que estamos frente a una norma que, en este texto y en las condiciones actuales, carece de financiamiento. Y no lo tiene porque, necesariamente, obliga a la modificación global. Es una consecuencia que persigo con mucho agrado; empero, debemos tener claro lo que estamos aprobando.

Quinto: prefiero la proposición de la Comisión de Hacienda porque favorece a los trabajadores al impedir que, después de otorgada el alta, deban salir a buscar financiamiento en bancos u otras instituciones para pagar a las ISAPRES. Se obliga a éstas a conceder un préstamo. Y ésta es la garantía que se da a sus afiliados, quienes no se verán en la necesidad de mendigar un préstamo de salud que ningún banco les otorgará.

Ahora bien, para el evento de que se rechace la norma sugerida por la Comisión de Hacienda y se apruebe el texto de la de Salud, quiero llamar la atención sobre el inciso primero propuesto por ésta, que dice: “Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado” -¡aquí está la falla de la disposición, señor Presidente, pues eso significa que se traslada la exigencia del cheque en garantía al momento de contratar el plan de salud!; ése es el problema- “de las sumas que procedan en virtud de las aplicaciones del presente artículo.”.

Toda la normativa habla de no exigir previamente un documento por la atención de emergencia. La disposición transcrita se refiere a fijar planes que garanticen a las ISAPRES el cobro de la prestación. En consecuencia, si yo fuera abogado de una de ellas, podría sostener: “Como la ley se refiere a la atención y no al cobro, en el plan de salud pertinente me es factible establecer la exigencia previa de un documento”.

Por consiguiente, querámoslo o no, aunque los señores Senadores tengan la mejor intención, si se rechaza la proposición de Hacienda y se aprueba la de Salud, estaremos trasladando el tema del cheque en garantía del instante de entrar a la clínica al momento en que se contrata el plan de salud.

En seguida, aquí se ha preguntado por qué vamos a obligar a las ISAPRES. Porque estamos en presencia de un asunto importante, Honorables colegas.

Se podrá argumentar -como se ha hecho- que se trata de contratos entre privados. Empero, señor Presidente, debemos tener presente que estamos hablando de una cuestión relacionada con la vida de las personas.

Ahora, se ha recordado que, sin perjuicio del crédito, podrá convenirse otra forma de pago. ¡Evidentemente! Ésa es la mejor muestra de la libertad que se quiere dar al sistema. “¡Ah! ¡Pero no hay acuerdo!”. La ISAPRE tiene la obligación.

Si no aprobamos el planteamiento de la Comisión de Hacienda, la ISAPRE señalará: “Como no tengo ninguna manera de cobrarle, no le puedo otorgar el préstamo. Vaya a pedirlo a un banco”.

Señor Presidente, aquí hay algo muy claro: el texto sometido a nuestro pronunciamiento favorece a los afiliados, a la gente, y tiene coherencia. Por eso, voto a favor de él y llamo a Sus Señorías a proceder de igual manera.

El señor SABAG.- Señor Presidente, en primer lugar, adhiero a la solicitud del Senador Romero de oficiar al Ministerio de Salud para que estudie un seguro de enfermedades catastróficas, a fin de que no tengamos que buscar nosotros soluciones para situaciones tan especiales como éstas.

Ahora bien, ya aprobamos normas que obligan a las ISAPRES y al FONASA. Empero, si nos limitamos a ello y a disponer beneficios para los usuarios sin indicar cómo se pagan los servicios prestados, se puede llegar a un punto en que sea inaplicable la ley en proyecto y, debido a eso, se presenten los recursos pertinentes.

Por eso, me parece coherente que, junto con establecer obligaciones, digamos: “Sí, pero se paga de esta otra manera”.

En tal sentido, estimo que lo aprobado por la Comisión de Hacienda es lo más atinado y pertinente, pues abarca todos los casos. Las situaciones extremas están reguladas por el tope de 5 por ciento; las otras (los incisos leídos por el Senador señor Novoa las señalan claramente) se reglan por el pago directo que se convenga, según la condición económica de cada afiliado.

Por consiguiente, voto favorablemente la propuesta de la Comisión de Hacienda.

El señor SILVA.- Señor Presidente, voy a votar en contra de la proposición de la Comisión de Hacienda, por varias razones, que sintetizaré.

En primer término, porque, como lo expresé en la Comisión de Salud, temo fundadamente que adolezca de serios vicios de inconstitucionalidad. En consecuencia, todo lo que se predica en el sentido de que el proyecto favorece a la gente, en definitiva, va a retrucar en contra de ella.

Prefiero lo que sugirió la Comisión de Salud, no sólo por ser más flexible, sino porque es más real, más auténtico, y con mucha amplitud y claridad refleja nuestro anhelo de dar plena vigencia a la norma que proscribió definitivamente todas las cuestiones relativas a los cheques en garantía y demás documentos de esta naturaleza.

Ahora, no es cierto que ello sea igual en un texto y otro. Porque, cuando el de la Comisión de Salud explicita que a todo el sistema nacional de salud -o sea, a todo el sistema público- se le prohíbe exigir ese tipo de documentos, absolutamente nadie queda fuera. Y no puede estimarse lo contrario cuando en el último inciso se expresa “ninguna de estas fórmulas”, etcétera, porque al hablarse de “fórmulas” se está haciendo referencia a las diferentes modalidades que contempla el sistema nacional de salud y no a las modalidades vinculadas a la exigencia de garantías, ya que éstas se hallan establecidas después.

Por lo tanto, temo que, a pretexto de favorecer a la gente -como algunos señores Senadores (lo digo con mucho respeto), desde su punto de vista, lo han expresado-, en definitiva, esta disposición retruque en contra de ella.

Yo, que en toda mi vida (ya muy larga) he manifestado y demostrado reiteradamente, sin demagogia ni exceso de populismo, mi inclinación por el sentido social que irrevocablemente deben tener las acciones del Estado, pienso -y por esto termino así, señor Presidente- que se actúa mucho más en consonancia con esos planteamientos cuando se procura la adopción de soluciones más viables, más amplias, más abiertas y, en definitiva, mucho más conscientes de lo que realmente el legislador pretende y debe hacer.

Por eso, voto en contra de lo propuesto por la Comisión de Hacienda, amén de que su texto, con el exceso de regulación que ha consignado, transforma el cuerpo legal en proyecto en algo contrario a lo que, según el artículo 60, número final, de la Constitución debe ser una ley: un conjunto de normas de regulaciones fundamentales, sin un exceso que llega hasta el detalle y la exégesis, elementos impropios de ella.

En definitiva, voto en contra del texto despachado por la Comisión de Hacienda porque, fundamentalmente, considero mucho más razonable, desde todo punto de vista, la norma propuesta por la de Salud.

El señor STANGE.- Señor Presidente, voto en contra de la proposición de la Comisión de Hacienda y, al mismo tiempo, solicito que se me considere en el planteamiento hecho por el Senador señor Romero, quien, a su vez, me pidió dejar constancia de que la iniciativa pertinente, vinculada al establecimiento de un seguro nacional y colectivo para los afiliados a ISAPRES y beneficiarios del FONASA, pertenece al Diputado señor Waldo Mora, que recibió el respaldo de colegas de la Cámara Baja y de distintas colectividades.

El señor URENDA.- Señor Presidente, en primer término, deploro que la “discusión inmediata” de este proyecto y el conocimiento del informe recién esta mañana nos pongan a quienes no participamos en las Comisiones de Salud y de Hacienda en dificultades adicionales para el análisis de muchas normas bastante complejas.



En segundo lugar, lamento que un señor Senador que se ha caracterizado por su ponderación trate de crear aquí una disyuntiva en el sentido de que quienes votan en un sentido están con la gente, y los que votan en otro, contra ella.

Considero impropio de esta Corporación atribuir ese tipo de intenciones. Indudablemente, si entendemos siempre que es votar a favor de la gente todo lo que pueda ser liberación de un pago, vamos a llegar a extremos o a un populismo inadecuado.

Aquí se trata, no tanto de arreglar o no una situación puntual, sino de procurar mejorar el sistema de salud. En consecuencia, si algunos Senadores estimamos que para ello son adecuadas ciertas medidas, no puede atribuírse nos otra intención que concretamente ésa. Porque, sin duda, el ideal sería que el país fuera suficientemente rico como para que todo el mundo pudiera tener salud gratis. Pero, desde el momento en que no es así, debemos tratar de buscar medios para que los recursos limitados de que se dispone sean aprovechados en mejor forma.

A este respecto, la comparación hecha por otro señor Senador entre la posibilidad de las ISAPRES de establecer en sus convenios mayores o menores exigencias y la situación del enfermo que llega a un hospital grave, en peligro de muerte, a mi juicio, resulta absurda.

El sistema de ISAPRES, que constituye una opción más para la gente, es voluntario. Por tanto, al momento de pactar, la persona podrá calificar con toda tranquilidad si le conviene o no afiliarse.

Entonces, no me parece bien colocar en el mismo plano a quien, después de estudiarlo, concluye que le conviene ingresar a una ISAPRE bajo determinado convenio y a aquel que no tiene alternativa por hallarse en peligro de muerte o, incluso, inconsciente, lo cual traslada la resolución a su familia.

Por eso, todos coincidimos con la eliminación -como señaló el Senador señor Aburto- del llamado “cheque en garantía”; en buenas cuentas, rechazamos la idea de hacer exigencias en un momento en que la posición de la persona no le permite resolver libremente.

En cuanto al problema concreto de aprobar una u otra proposición, el problema no es suficientemente claro.

Sin embargo, debo señalar que, cuando se pretende reglamentar detalladamente en la ley, fuera de que a lo mejor se viola el sistema y se corre el riesgo de incurrir en inconstitucionalidades, también existe la posibilidad de no contemplar muchas situaciones. Porque este proyecto se refiere exclusivamente a renta imponible. Pero resulta que la renta imponible no tiene nada que ver con el patrimonio de la persona, con las responsabilidades de ésta, con su familia, situaciones que pueden ser absolutamente distintas. Es factible que



aquella perciba una renta imponible de 150 mil pesos, pero que tenga muchas propiedades o que pertenezca a una familia que disponga de ingentes recursos.

En consecuencia, esta reglamentación, señor Presidente, es inadecuada.

Por ello, y haciendo mías las expresiones del Senador señor Ríos sobre el particular, creo que debemos desentendernos de esta rigidez e ir a la salud. En este caso, me inclino más por la salud que por la hacienda.

Rechazo la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señora VALDÉS.- Señor Presidente, no cabe duda de que la ley en proyecto tiene por finalidad abocarse a un problema muy dramático, cuya solución inmediata concita la unanimidad del Senado: la supresión de las garantías en materia de prestaciones de salud. En eso estamos todos de acuerdo. Porque no es admisible que, en último término, la vida dependa de un cheque. Eso es monstruoso y atenta contra la dignidad y seriedad de un país.

Comprendo que es muy difícil resolver este asunto, porque al final está el problema de quién paga el costo.

Aquí se enfrentan dos soluciones, ambas, a mi juicio, un poco de parche, pues no zanján toda la situación. Ninguna nación del mundo ha resuelto todo los problemas de la salud. Salvo Suiza (en algunos cantones), en los demás países existe un debate abierto, porque la ciudadanía exige más salud, las personas viven más años, la medicina es más cara, todo lo cual constituye una cuestión extremadamente compleja.

La situación va por donde indicó el Senador señor Romero. Pero el alegato de Su Señoría me recuerda el que hizo la señora Hillary Clinton (fue muy celebrado y aplaudido por los norteamericanos), quien planteó una solución para el problema de salud existente en Estados Unidos, que, siendo el país más rico del mundo, tiene una pésima situación en esa materia desde el punto de vista previsional. Y los republicanos, quienes en muchos aspectos piensan como el Honorable Senador que mencioné, votaron en contra.

Entonces, la cuestión del seguro es muy complicada, sobre todo en una nación con 15 millones de habitantes.

Si dijera que nos incorporamos a un sistema donde estén Estados Unidos y la Comunidad Europea, como mientras más grande es la masa mayor es el seguro...

El señor ROMERO.- ¡Estudiémoslo, señor Senador!

El señor VALDÉS.- El tema es bastante delicado.

El señor ROMERO.- Es lo único procedente.

El señor PRAT.- ¡Hagámoslo solidario, además!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Recuerdo a Sus Señorías que estamos en votación.

El señor VALDÉS.- La señora Hillary Clinton es muy elocuente e inteligente. Así que no se enojen, Honorables colegas.

Eso, en primer lugar.

En segundo término, no estoy de acuerdo con el Senador señor Ríos, porque no es admisible comparar la salud con la adquisición de una vivienda. Por de pronto, si se compra una casa, un departamento o un sitio, se pide plata al banco con seguro de desgravamen. Y si uno se muere, se acabó la deuda. Acá no ocurre lo mismo: no hay seguro de desgravamen ni en las ISAPRES, ni en el FONASA, ni en ninguna parte.

En tercer lugar, tampoco soluciona el problema del pago de la prestación de salud. Se dice que las ISAPRES y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago. No se puede convenir nada con ellas. Y puedo dar a conocer mi experiencia: soy una persona a quien la ISAPRE a que pertenezco respeta, pero cada año me sube la cotización 15 a 20 por ciento, porque aumenta mi edad. Y cuando quise hacer un reclamo por un cobro ilegítimo, se me dijo: “Cámbiese”. A mis años, no puedo hacerlo.

No hay posibilidad de negociar con una ISAPRE; lo digo públicamente. Ellas mandan, imponen un sistema y determinan el costo. Desde el año pasado a julio último hubo 18,5 por ciento de aumento en la cotización, en circunstancias de que el costo de la vida varió en uno por ciento. ¿Voy a decir: “Me cambio”? No puedo hacerlo, porque, por edad, no me aceptan en otra ISAPRE.

No es un régimen de convivencia. No puedo negociar con la ISAPRE. Así que esa fórmula de salud no sirve.

Por lo tanto, estoy a favor del texto de la Comisión de Hacienda. Es cierto que es muy reglamentario; pero tiene un fondo ético, como en ningún otro caso: cuida al enfermo, al que recibe el beneficio. Sé que no es perfecto, pero le doy mi voto favorable.

El señor VEGA.- Señor Presidente, se trata de un asunto conflictivo. Todos estamos de acuerdo en que cualquier documento en garantía queda fuera de toda discusión. Y así tiene que ser. Porque, en realidad, un paciente ante una urgencia está predispuesto a cualquier contingencia y firma cualquier cosa, por lo que se le debe garantizar el libre acceso a la salud en momentos tan críticos de la vida.

Por lo demás, el cheque -y lo he visto en la práctica en nuestros hospitales institucionales- no tiene efecto práctico alguno. En verdad, quien no puede pagar no lo va a hacer nunca. Estamos llenos de juicios, de reclamos y tenemos una deuda considerable, porque quien no puede pagar no lo hará.

Este es un país en desarrollo. Tenemos un buen sistema de salud, pero de un alto costo, como se dijo. Ninguna nación en el mundo ha enfrentado con éxito este problema.

Los sistemas están prácticamente todos quebrados. Y cada día sus costos van en considerable aumento.

En Chile, hay 2 millones de indigentes. Entonces, es muy difícil que les podamos cobrar una atención de urgencia. Hay otros 2 millones que perciben sueldos inferiores a 100 mil pesos. Es imposible que puedan pagar prestaciones de 15, 20 ó 30 millones de pesos, que es lo que cuesta una urgencia cualquiera.

El problema radica, no en el documento en garantía, que ya está resuelto, sino en quién cancelará el valor de las emergencias. Y aquí surgen dos alternativas. Lamento que no se haya planteado una solución que conciliara estas dos proposiciones y que debamos decidir entre una y otra. Porque de lo que se trata es de dar solución al problema y ambas se encaminan en esa dirección. Debemos encontrar la mejor, porque se trata de proteger al paciente que llega a un hospital en condiciones críticas.

Debo decir que la alternativa de la Comisión de Hacienda es más puntual, directa, normativa, y entrega una solución práctica para el momento actual. La otra, da una salida más amplia, involucra a más personas y puede que en el futuro sea más práctica, pero en la actualidad deja a la ISAPRE con el control del acuerdo, lo que significará un gran problema para el paciente, pues prácticamente no tendrá acceso a ningún plan.

Por tales razones, y lamentando que no se haya alcanzado un acuerdo previo a este respecto, me inclino por la fórmula de la Comisión de Hacienda, que es más directa y solucionará el problema actual.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, sucede que la propuesta de la Comisión de Hacienda tiene una “letra chica” que hace completamente inválido el sistema que establece. Porque al señalar en el penúltimo inciso que, sin perjuicio del sistema que se consigna, las ISAPRES podrán convenir con el afiliado otra modalidad de pago, significa que al momento de firmar el contrato van a exigir otra fórmula en caso de urgencia. O sea, el sistema de la Comisión de Hacienda es romántico; puede servir para que uno diga que se logró establecer tal cosa, pero en la práctica no habrá ISAPRE alguna que no establezca un sistema distinto al momento de firmar el contrato.

Por ello, considero que es más clara y franca la modalidad de la Comisión de Salud, que directamente dice que la ISAPRE puede hacer lo que la de Hacienda subrepticamente la deja hacer, sin confesarlo.

Sin embargo, la alternativa de la Comisión de Salud tiene un punto que parece muy importante: en el último inciso prohíbe cualquier exigencia de instrumentos en garantía para toda prestación en todo el sistema de salud, no sólo la de urgencia. En ese sentido es más avanzada. El Honorable señor Ruiz-Esquide tiene razón, quizás, al decir que eso puede

tener consecuencias económicas muy graves; pero he visto que la Concertación en la Cámara -ignoro si también la Oposición- acaba de aprobar el proyecto, lo que indica que están informados de que se puede hacer, y no son personas irresponsables.

En ese sentido, voto en contra de la propuesta de la Comisión de Hacienda, por las razones que señalé.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si Sus Señorías me lo permiten, quiero decir que la votaré a favor.

El sistema que se establece no va a tener un efecto como el que se pretende lograr, porque las ISAPRES, desde el momento que les pongamos este riesgo incluido, en el futuro próximo van a encarecer los programas para los efectos de cubrirlo, como sucede en cualquier sistema de seguros. Van a tomar en cuenta que éste es un riesgo mayor y, por consiguiente, tratarán de precaverse. Por supuesto, aplicarán el descuento de 5 por ciento, pero cubrirán el riesgo mediante su propio seguro, lo van a tomar, y así tiene que ser, pues de otro modo el sistema de ISAPRES puede entrar en falencia y de incumplimiento de sus propias obligaciones.

En ese sentido, se debe tener presente que ése puede ser el efecto. En esto coincido con el Senador señor Romero, en cuanto a la creación de un fondo nacional de seguro solidario, como lo hemos planteado tantas veces, mediante la cotización de la sociedad en su conjunto, que financie un fondo de garantía, precisamente para estas situaciones de indigencia o incapacidad de pago que presenta un sector de la población.

Lo otro que deseo hacer presente es lo siguiente. En el caso de que se trata, los que responderán del pago no serán las ISAPRES, que van a autoprotegerse y a buscar los mecanismos para asegurar su financiamiento, sino el FONASA y el Fisco. El Estado chileno tendrá que dotar de mayores recursos al Fondo -eso debe tenerlo presente el señor Ministro de Salud- para afrontar este riesgo. Porque no hay otra manera de recalculer el porcentaje de cotización de 7 por ciento, y habrá de cubrirlo el Estado, a la luz de esta normativa. Y se tendrá que hacer el cálculo, porque éste es un riesgo que asume el Estado chileno respecto de un sector tan importante de afiliados al FONASA o de los indigentes que carecen de cobertura previsional.

Por todas estas razones, apoyaré la proposición de la Comisión de Hacienda.

Una última observación -y sin que ello implique introducir otras dificultades al proyecto- se refiere a que en el inciso sexto que se agrega al artículo 22 se incurre en la misma situación que se quiso solucionar en los artículos 2º y 3º. El párrafo final consigna lo siguiente: “Para los efectos de la aplicación de este mecanismo,” -el pago- “la institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.”. Espero que antes de concluir la discusión

del proyecto se encuentre la forma de solucionar el problema -que podría consistir en la supresión de esa frase-, para ser coherente con lo resuelto con anterioridad.

Voto a favor de lo propuesto por la Comisión de Hacienda.

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor DÍEZ.- Señor Presidente, en verdad este asunto es delicado, y al final del debate uno puede darse cuenta de cuáles son las falencias de uno y otro sistema, sin que pueda acusarse a nadie de faltar a su deber de bien común y solidaridad, por sostener una posición u otra. No hay duda de que el sistema propuesto por la Comisión de Hacienda aparentemente toma en consideración al sector más bajo de la población, que supone afiliado a las ISAPRES, cuando en realidad cotiza en el FONASA. De manera que esta institución y el Estado operarán el sistema de crédito o de pago al cual hace referencia el informe de la Comisión de Hacienda.

Presenté una indicación para disipar la duda constitucional respecto a presumir el otorgamiento de préstamos. Señala que el sistema regirá sólo respecto de los contratos que se adecuen o celebren con posterioridad a la vigencia de la ley. Pero debe tomarse en cuenta que se trata de una materia acerca de la cual todavía queda mucho por aprender. Si se establece un sistema en que las ISAPRES no puedan recuperar su inversión en un plazo razonable, no se favorecerá la afiliación a ellas, sino que se la disminuirá. Estas instituciones serán muchísimo más cuidadosas, no sólo en cuanto a las disposiciones legales que las orienten de una manera u otra, sino también respecto a la responsabilidad financiera de quienes deseen incorporarse a ellas. Entonces, no se extiende la participación del sector privado en las acciones de salud, lo que evidentemente alivia enormemente al sector público. ¡Imagínese al sector público sin los millones de cotizantes del privado! Se crearía, irresponsablemente, un problema de salud muchísimo más grave que el actual. En consecuencia, hay que reglamentar las cosas de manera que el sistema privado de salud pueda subsistir razonablemente, a no ser que se piense -como lo hacen algunos Honorables colegas- que sólo debe existir un sistema público, como si éste hubiera tenido éxito alguna vez en algún lugar del mundo, lo que no ha ocurrido.

Por otra parte, el proyecto está en segundo trámite y en el tercero la Cámara de Diputados puede rechazar el inciso final, que ha molestado a algunos señores Senadores por otorgar a las ISAPRES libertad para convenir. Con ello, nos encontraríamos ante un problema en que la solución propuesta por la Comisión de Hacienda vendría a ser una especie de “zapato chino”.

Pero aún está vigente el problema del financiamiento de ciertas enfermedades, sobre todo de las terminales o catastróficas. Este aspecto no ha sido cubierto ni por la Comisión de Salud ni por la de Hacienda, y realmente no se ha abordado seriamente en el país. No puede pretenderse solucionarlo totalmente, pero podría disminuirse, ya sea respecto de determinadas enfermedades o en cuanto a ciertas capas sociales, subvencionando, como es lógico, a los sectores de menores ingresos.

Por último, me parece que la Comisión de Salud ha tenido éxito al disponer que “Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares.”. Ello resuelve con precisión lo que la opinión pública ha venido reclamando. Cuando uno se enferma no está haciendo un negocio. En consecuencia, no tiene nada que ofrecer o no puede responder a las exigencias que se le hagan. Por eso, es lógico que no puedan formularse estas exigencias, porque éste no es un negocio en el cual exista una contraparte. La persona que solicita atención generalmente está –como diríamos los abogados- con su voluntad viciada, porque pesa sobre él la más fuerte de las fuerzas morales: su salud.

El señor RUIZ (don José).- ¡Es negocio para otros!

El señor DÍEZ.- Por esa razón, señor Presidente, estoy a favor de la proposición de la Comisión de Salud, exclusivamente porque establece el principio general de que el sistema de salud, sea público o privado, no puede requerir, en ningún caso, exigencias de orden pecuniario formal o de garantía a quienes recurren a ellos.

Por eso, rechazo la propuesta de la Comisión de Hacienda.

El señor HOFFMANN (Secretario subrogante).- ¿Algún otro señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se aprueba el artículo 3º propuesto por la Comisión de Hacienda, en los términos en que se puso en votación (22 votos a favor y 17 en contra).**

**Votaron por la afirmativa** los señores Aburto, Bitar, Boeninger, Canessa, Foxley, Frei (doña Carmen), Gazmuri, Hamilton, Lavandero, Moreno, Muñoz Barra, Novoa, Ominami, Parra, Pérez, Pizarro, Ruiz (don José), Ruiz-Esquide, Sabag, Valdés, Vega y Zaldívar (don Andrés).

**Votaron por la negativa** los señores Bombal, Cantero, Cariola, Cordero, Chadwick, Díez, Fernández, Horvath, Larraín, Martínez, Prat, Ríos, Romero, Silva, Stange, Urenda y Viera-Gallo.



El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La parte final del inciso sexto del artículo recién aprobado señala: “Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.”. Propongo reemplazar la expresión “cheques en garantía” por “cheques para garantizar el préstamo que se haya generado”.

El señor HAMILTON.- De acuerdo. Tenemos que proceder de la misma forma que en los casos anteriores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobar la modificación propuesta?

**--Por unanimidad, se aprueba.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente a la Sala que, de acuerdo con la resolución tomada, la hora de inicio de la votación se fijó a las 13:15. Por lo tanto, las dos votaciones restantes se harán sin debate, pero respetando el derecho a fundamentar el voto.

En votación el artículo 4°.

**--(Durante la votación).**

El señor BITAR.- Señor Presidente, este es el artículo sustantivo del proyecto, pues guarda relación con el fortalecimiento del FONASA.

Voto a favor.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, sobre esta materia tengo una posición personal un tanto distinta de la mera aprobación de la derogación del subsidio o de su mantención.

En primer lugar, reconozco que el 2 por ciento es un mal subsidio -tal como ya se dijo en la discusión general-, porque, al ser un porcentaje de la renta, cuando ésta aumenta, sube su monto, tornándolo regresivo; y, en segundo término, porque el Estado otorga el subsidio sin mediar una contraprestación precisa y conocida, porque los planes de salud, en general, no tienen esa característica. De manera que, en definitiva, el Estado no sabe exactamente qué está subsidiando. Por ello, si hipotéticamente tuviera que pronunciarme hoy por la creación de un subsidio tal como existe, lo rechazaría.

Por lo tanto, no estoy en condiciones de dar mi voto para la mantención del subsidio en los términos vigentes.

Por otra parte, es un hecho que el subsidio existe y que beneficia a unas 700 mil personas, cuya remuneración media, según la información de que dispongo, es del orden de 290 mil pesos. Y ello implica que, en general, los beneficiarios acogidos al subsidio son gente de clase media modesta, digamos, y que ha optado, con algún sacrificio, por afiliarse a



una ISAPRE en función de las ventajas que considera que ofrece, ciertamente, en atención médica ambulatoria. Si se suprime el subsidio, esas personas tendrán que conformarse con un plan de menor cobertura, deberán efectuar un aporte adicional o volver al sistema de FONASA.

Desde una perspectiva más general, no veo razones para que subsidios estatales no puedan beneficiar a esos sectores, al igual que sucede en los ámbitos de la educación, crédito universitario, etcétera. De manera que, en cuanto a un punto de vista de principio, no me parece que se puede argumentar que la supresión responde a que no se favorece a los más pobres.

En el aspecto financiero, la suma de que se trata representa para el Estado alrededor de 10 mil millones de pesos, porcentaje muy exiguo del presupuesto de FONASA. Por lo tanto, la transferencia a éste de esa cantidad no considero que provoque ningún impacto significativo en el presupuesto de Salud. Y, en cambio, sí tendrá lugar un mayor costo de FONASA ante el porcentaje de los actuales beneficiarios del subsidio que se deban traspasar de las ISAPRES.

Por las razones anteriores, no estimo adecuado, lisa y llanamente, suprimir el sistema. Creo que tiene sentido el reformarlo de un modo sustancial. Concretamente, me parece que la solución más adecuada en este instante es: a) eliminar la regresividad, sobre la base de que constituya un subsidio fijo en cantidad –pueden existir otras fórmulas-, de manera que decrezca en el porcentaje de la renta y con un tope de ella al cual pueda ser aplicable, y b) condicionar el beneficio –me parece lo medular- a que sólo pueda pedir la cotización adicional el trabajador que haya contratado con una ISAPRE un plan de salud que incluya, entre otros elementos, las atenciones de urgencia, las enfermedades catastróficas y las hospitalizaciones en general.

Entiendo que la idea de tal reforma implicaría un incentivo para llevar a las ISAPRES en la dirección en que se supone, según mi información, que se hallan trabajando: justamente, en buscar modos para la incorporación de la cobertura de las enfermedades catastróficas y las atenciones de urgencia en los planes de salud.

Por tales motivos, no votaré por la derogación del subsidio, aprobada por la Cámara de Diputados. Y no sé cuál será el resultado de la presente votación, pero, si no se contara con mayoría para dejarlo sin efecto, se requerirán un tercer trámite y una Comisión Mixta, donde pienso que se podría llegar a un acuerdo razonable de reforma, ojalá en la perspectiva de lo que planteo.

En consecuencia, me abstengo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Deseo advertir a la Sala lo siguiente. Se han ausentado varios señores Senadores y espero que vuelvan para las votaciones. Todavía quedan pendientes dos de ellas: la del artículo 6° y la del artículo 2° transitorio, respecto del cual se propuso una indicación a la que se aceptó por unanimidad dar trámite. Si en alguno de esos casos no se reúne quórum para tomar acuerdos y es preciso dar por fracasada la sesión, la Mesa deberá citar para cuatro horas después. Destaco la conveniencia de que se enfrente el tema con responsabilidad.

Continúa la votación.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, en forma previa quisiera expresar que, cuando el proyecto se planteó en la Cámara de Diputados, inicialmente se hizo referencia a un plan único de prestaciones y a un seguro público autónomo, que era la inspiración que caracterizaría a todo el texto, lo que de alguna forma viene replanteando ahora el Diputado señor Mora, junto a otros señores Parlamentarios que lo han hecho presente en la mañana de hoy al entregarnos un documento. Pero después la idea se desvirtuó. Con esa concepción, resultaba claro que no era necesario incluir el tema del 2 por ciento.

Es efectivo que en la actualidad, del modo como opera, el subsidio es inequitativo, mal focalizado y de difícil control tributario, además de no ser usado por los trabajadores independientes. La pregunta es si la solución pasa por eliminarlo o por reformularlo. Y, naturalmente, compartiendo las críticas que se pueden formular por la mala focalización, el difícil control tributario y la regresividad, no se puede llegar a concluir que necesariamente la salida radica en la supresión. Ello, precisamente porque importantes sindicatos fueron muy explícitos al respecto ante la Comisión de Salud, los que se hicieron presentes justamente para señalar cómo el sistema, a pesar de las dificultades -y reconociendo las inequidades que podían existir y hallándose dispuestos a que fueran resueltas-, resultaba muy beneficioso para un enorme contingente laboral, como el de Huachipato, la Papelera y otros. En efecto, llegaron acá señalando que admitían que el subsidio podía ser mejorado, pero solicitaban encarecidamente a la autoridad y al Gobierno que no se eliminara.

Éste alcanza, señor Presidente, a una suma cercana a 15 mil millones de pesos -en un presupuesto de varios cientos de millones, pues, si no me equivoco, el presupuesto de Salud asciende a un billón de pesos-, de los cuales el costo fiscal es, más o menos, de 12 mil millones, en tanto que 3 mil millones son de cargo de privados. Las favorecidas son un millón de personas.

Lo anterior es lo medular. Si se quiere que un subsidio que opera en esas condiciones apunte especialmente a los que reciben remuneraciones más bajas, cabe

readecuarlo y buscar un mecanismo como el que se aplica para la entrega de asignaciones familiares, a fin de que de esa forma, utilizándose los mismos criterios, se pueda focalizar con miras a que lo perciban más aquellos con más cargas y menos remuneración. Y, si es del caso, cabe aumentarlo incluso, para que quien cuenta con menos ingresos pueda verse beneficiado por un sistema de salud bastante más expedito y mejor que el que entrega el sector público.

Lo central de todo el proyecto, desde el momento en que se habló del plan único de prestaciones y del seguro autónomo, debió haber sido la libertad de elegir. Ello es lo que echamos de menos. Y cuando votamos en contra la idea de legislar lo hicimos precisamente señalando que a las personas no se les permitía ejercerla.

Para que funcione un buen sistema, en el que verdaderamente los seguros operen y el Estado pueda hacerse cargo de la salud de los que enfrentan más necesidad y a quienes no les es posible acudir a otro tipo de soluciones, se debe fortalecer el mecanismo de subsidios, lo que en el caso que nos ocupa era un camino muy viable y razonable. Y sigue siéndolo, no obstante reconocer que es preciso corregirlo.

Es preferible avanzar en una reforma del subsidio de 2 por ciento que mejore su focalización y fijar un monto progresivo en función de un ingreso decreciente, por cotizante y por carga, y por debajo de cierto nivel de ingresos “techo”.

Se debe, a nuestro juicio, fijar un plan mínimo garantizado para poder optar al beneficio, que cubra los riesgos habituales y catastróficos de las personas, y se deben determinar por el Estado marcos de subsidios anuales, para que la población opte por ellos.

Desde luego, pensamos que el Servicio de Impuestos Internos debe ser el que controle el sistema, para evitar filtraciones, y que éste se ha de hacer extensivo a los sectores de trabajadores independientes.

Señor Presidente, la iniciativa que nos ocupa se halla lejos de constituir una solución. No es efectivo que todos los recursos de que se trata apuntarán exactamente a mejorar FONASA, dado que, sin conformar una gran cantidad, engrosarán lo que configura esa burocracia. Porque no se destinarán al pago de prestaciones: ingresarán al mecanismo general de costos, donde se incluyen las remuneraciones y todo lo que administra el sistema público de salud, y no irán a focalizarse expeditamente donde debieran hacerlo, que es en las primeras.

Por lo mismo, instamos una vez más al Gobierno -lamentando que no se haya hecho eco de lo que los trabajadores vinieron a plantear a la Comisión- a que busque una fórmula mediante la cual no sólo este subsidio, sino que, ojalá, otros más, complementen los

beneficios que el Estado entrega -por ejemplo, a través del FONASA- a todo el sector indigente.

Me pronuncio por la negativa.

El señor CANESSA.- Señor Presidente, aparte de votar en contra, por los fundamentos que di en su oportunidad, deseo dejar constancia de mi preocupación por el hecho de estar resolviendo materias importantes, que concitan la atención de la opinión pública, sin que ellas, a mi modo de ver, hayan sido lo suficientemente debatidas y estudiadas en la Sala.

Algunas veces se culpa al Senado de frenar soluciones que la ciudadanía requiere con urgencia. Sin embargo, el atender debidamente los problemas exige un tratamiento más cuidadoso, con el fin de estar en condiciones de prever los efectos que producirán las modificaciones legales de que se trata.

En concreto, los informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda sólo fueron entregados hoy, apenas una hora antes de iniciarse la sesión -razones debe haber muchas, pero la realidad es ésa-, lo cual impide su estudio.

Como no es primera vez que ocurre una situación semejante, velando por el prestigio del Senado me permito insistir en la conveniencia de evitar en el futuro una tramitación tan apresurada como la que hemos visto esta mañana.

El señor CHADWICK.- Señor Presidente, sin duda alguna, como ya se ha señalado -y en el debate general también se mencionó-, el actual subsidio es susceptible de perfeccionarse. Más aún, creo que ello es indispensable para que pueda cumplir debidamente con toda su rentabilidad social.

Sin embargo, creo que la alternativa de eliminarlo no representa ningún beneficio hoy día. En primer lugar, porque el sistema de salud público (FONASA) nada ganará con ello. Como muy bien dijo el Senador señor Boeninger, los montos que se otorgan mediante el subsidio son muy poco significativos dentro del presupuesto público de salud de nuestro país. Más todavía: tal supresión implicará a dicho organismo recibir a miles de chilenos, los cuales deberán incorporarse forzosamente a su sistema, generándole más perjuicios que beneficios. Ello, aparte no representar beneficio alguno para el sector público de salud, implica, en cambio, un perjuicio muy directo para cerca de un millón de chilenos, fundamentalmente de sectores medios -éstos, normalmente, son olvidados en materia de subsidios-, quienes se verán enfrentados a la obligación de optar sólo por un sistema de salud -el público- y no contarán con la posibilidad que ahora se les otorga de elegir el mejor y más conveniente programa de salud para su grupo familiar.

Por lo tanto, señor Presidente, compartiendo plenamente la idea de que el subsidio requiere de un perfeccionamiento, estoy absolutamente convencido de que su eliminación no representa beneficio alguno para el sistema de salud público; en cambio, significa un perjuicio directo para aproximadamente un millón de chilenos.

Voto en contra.

El señor HORVATH.- Señor Presidente, en 1990, con motivo de la reforma tributaria y la mantención del 2 por ciento adicional del IVA, que se rebajaba de acuerdo al vencimiento de un plazo, se incrementaron sustancialmente los fondos para salud y educación.

En realidad, el sistema fiscal tiene su camino de financiamiento, y no se observa cómo una cifra exigua, con respecto al total del monto que se maneja y administra anualmente, pueda resolver de manera sustancial los problemas que en este momento presenta el sistema de salud público.

Por otro lado, se ha señalado claramente que hay elementos de juicio y antecedentes concretos para perfeccionar este subsidio. La idea es que toda persona en Chile pueda optar, en igualdad de condiciones, a prestaciones de salud tanto en el servicio público como en el privado. Y, en ese sentido, pienso que resulta mejor mantener el beneficio y perfeccionarlo, antes que restarlo, como se pretende a través de este proyecto.

Me pronuncio en contra.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, las fundamentaciones de los Senadores señores Bombal y Chadwick me ahorran mayores comentarios. Sin embargo, no puedo dejar de formular en voz alta una pregunta que me asalta como consecuencia del debate: ¿por qué se pretende quitar el único beneficio que sirve de apoyo a un amplio sector social – comprende a cerca de un millón de chilenos-, y que desde el punto de vista de las nuevas destinaciones no significará un incremento en la mejoría de la atención del FONASA, en circunstancias de que eso implicará una pérdida para esas personas en la calidad de la atención de salud? En verdad, no logro entender la lógica. Si se quiere perfeccionar el sistema, como se ha dicho, que se perfeccione; pero el suprimir el 2 por ciento, lo cual no favorece a nadie, es realmente un acto inexplicable.

En el Senado, permanentemente buscamos respaldos sociales para los sectores de menores ingresos, los que, ciertamente, tienen nuestra prioridad; sin embargo, los sectores medios de nuestro país también necesitan de un apoyo. Este subsidio es uno de los pocos que el Estado les confiere y, no obstante, pretendemos quitárselo sabiendo que ello no favorecerá a nadie. Es falso, como alguien dijo, que se beneficiará el FONASA, porque la incidencia per cápita del mayor incremento por este concepto será irrelevante para producir

una mejoría en la atención. Por lo tanto, en esto sólo hay un perjuicio, y no puedo ser parte de tal determinación.

Voto en contra.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, la situación que se presenta con la supresión del 2 por ciento es realmente regresiva. En mi opinión, ello implica, sencillamente, nivelar hacia abajo. Se está negando a un enorme grupo de chilenos la posibilidad de ir adquiriendo mejores condiciones de salud y, por ende, entrar de lleno a una lógica de progreso humano y social sostenido.

Esa eliminación significa –no hay la menor duda- un retroceso en la condición social de esas personas, en sus expectativas. A mi juicio, la solución debería ser absolutamente al revés. En primer lugar, sería necesario aumentar el subsidio de 2 a 3 por ciento, como una manera de continuar retirando compatriotas del sistema público de salud, con el objeto de que éste sea capaz de absorber a aquellos que realmente carecen de medios para acceder a un servicio de salud que les dé seguridad.

En segundo término, resulta evidente que debe perfeccionarse el sistema de las ISAPRES con el objeto de que las prestaciones que brindan a través de sus planes de salud sean mejores. En consecuencia, habrá que reformarlo, dirigirlo de buena manera y hacerlo más eficiente en su inversión, a fin de que las personas que se incorporan a él cuenten con mayores expectativas.

En tercer lugar, concuerdo plenamente con el Senador señor Canessa. No es posible que sigamos analizando los proyectos en esta forma, porque en alguna medida –doy excusas por decirlo, pero tengo el deber de manifestarlo- aparecemos legislando apresuradamente en un aspecto tan delicado como es la salud de la sociedad. Creo que no podemos continuar con este sistema, pues no es posible que uno llegue temprano para recibir minutos después el informe de las Comisiones y resolver un asunto de la mayor importancia social, que afecta derechamente a los compatriotas.

Señor Presidente, es necesario pensar en un cambio de este procedimiento, ya que no podemos estar legislando “a mata caballo” y a alta velocidad, realizando sesiones especialísimas y bajo presión, para resolver algo que perfectamente bien, por lo delicado del tema, requiere de más tiempo. Conversé el punto con algunos miembros de la Comisión de Hacienda, quienes incluso reconocieron que debieron abocarse al problema con una urgencia tal que no les permitió abordar todos los aspectos que él involucraba.

Mi voto es negativo, pues la eliminación de dicho porcentaje nos hace retroceder en el bienestar y en las posibilidades que se pueden otorgar a muchas personas en materia de salud, lo cual me parece inaceptable.



El señor NOVOA.- Señor Presidente, anuncio mi voto en contra de la derogación de un subsidio que favorece a cientos de miles de trabajadores chilenos y que, en consecuencia, beneficia a un millón de compatriotas.

En primer lugar, no me parece tan claro que el subsidio sea regresivo. Tiene un tope. El artículo 8° que se propone derogar establece que la cotización adicional del 2 por ciento más la cotización legal para la salud de 7 por ciento no deberá exceder de una unidad de fomento. Por consiguiente, pueden acceder a este beneficio personas con un ingreso de alrededor de 170 mil pesos. El tope aumenta en 0,5 unidades de fomento por cada carga familiar del trabajador. En todo caso, la suma de la cotización legal de salud y de la cotización adicional no podrá ser superior a 4,2 unidades de fomento, que corresponde a una remuneración máxima del orden de 500 mil pesos.

No cabe la menor duda de que quienes ganan 170 mil, 300 mil, 400 mil ó 500 mil pesos no son indigentes; no se encuentran en la extrema pobreza. Pero tampoco son personas que no merezcan algún tipo de apoyo estatal. Yo diría que dentro de ese segmento se halla la clase media con ingresos medios o bajos; y me parece socialmente regresivo suprimir uno de los pocos beneficios -o quizás el único- que se le otorga.

Llamo la atención sobre la inconsecuencia que significa, por un lado, imponer a las ISAPRES mayores obligaciones, como hacerse cargo de los costos de las atenciones de urgencia, por lo cual tarde o temprano subirán las cotizaciones; y, por otro, eliminar un beneficio que recibe la clase media.

Lo anterior implicará alejar a cientos de miles de trabajadores de la posibilidad de elegir entre el sistema público de salud y el privado. Y por falta de medios económicos no podrán optar. Con ello se condena a mayor número de personas a la obligación de atenderse en el sistema público, el cual no satisface, ni con mucho, las necesidades de salud de la población. Es cierto que el sistema privado de salud también presenta muchas deficiencias, pero nadie está obligado a ingresar a él. Existe la posibilidad de hacerlo, y siempre es bueno tener abierta tal opción. Pero, al suprimirse el subsidio a los trabajadores de medianos ingresos, se limita más y más la oportunidad de elegir.

Por eso, voto en contra del artículo 4°.

El señor PRAT.- Señor Presidente, comparto plenamente lo manifestado por el Senador señor Novoa, quien me antecedió en la fundamentación de voto. Sólo quiero agregar que, de aprobarse la eliminación del subsidio, se restarán aproximadamente 3 mil millones de pesos al financiamiento del sistema de salud, correspondientes al aporte de las propias empresas involucradas en el mecanismo establecido por la disposición que se intenta eliminar.



Efectivamente, esa fórmula opera a través del aporte mensual que hacen las empresas del 2 por ciento de las remuneraciones de los trabajadores, cifra que se supone recuperan en su declaración anual de impuestos. Sin embargo, como muchas empresas no tienen cómo recuperar dicho aporte, en definitiva lo pierden. Eso significa que de los 14 mil millones de pesos que teóricamente cuesta al Estado el subsidio, en la práctica sólo salen de las arcas fiscales 11 mil millones. Los restantes 3 mil millones quedan a beneficio fiscal, porque no son recuperados por las empresas que han cotizado mes a mes el 2 por ciento.

El resultado concreto es que el sistema de salud no dispone de esos 3 mil millones de pesos que gratuitamente aportan hoy las empresas por concepto de cotización adicional y que dejarán de pagar en virtud de la norma sobre la cual nos estamos pronunciando.

Por lo tanto, además de las razones ya señaladas, hay otra de bien común, cual es la de que se restarán entre 7 y 8 millones de dólares al sistema público de salud, que actualmente ingresan a él en forma gratuita o sin costo para el Fisco.

Ése es un motivo más que pesa en mi decisión de votar en contra del precepto.

Voto que no.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, la supresión propuesta se encuadra dentro de lo que pretende el proyecto en su conjunto, que es el meollo de la cuestión: resolver los problemas del FONASA. Por ello, no cabe utilizar el argumento de que al limitarse en un sentido se deja desprovisto de salud a determinado sector, dado que la finalidad que se persigue consiste en mejorar el modelo del Fondo Nacional de Salud. Y eso es lo que se intenta en toda la primera parte de la iniciativa.

Ahora me referiré a los inconvenientes que a nuestro juicio tiene el subsidio de 2 por ciento.

Se ha dicho que la eliminación del subsidio implicará que las ISAPRES subirán el valor de sus planes. Pienso que no lo harán, por un problema de competencia. El drama de las instituciones de salud previsual es que no se adecuaron a la regulación posterior del mercado libre a partir de 1990, que antes había sido impuesta, ni resolvieron los problemas de fondo.

Algunas ISAPRES no han funcionado bien y han enfrentado diversas dificultades, entre otras causas, porque proporcionaban salud sólo a través de las atenciones más baratas. No han abordado los problemas de fondo, como el de entregar mayor cobertura a los afiliados que deben hospitalizarse o que padecen alguna enfermedad catastrófica.

Por otra parte, las ISAPRES han pretendido obtener ganancias incompatibles con la dación de salud. Los señores Senadores saben que esas entidades han ganado en promedio 25 a 26 por ciento sobre el capital invertido -utilidades que no arroja ningún otro negocio en

Chile-, y por el solo mecanismo financiero han obtenido entre un 7 y 8 por ciento más que en cualquier banco.

Adicionalmente, el sistema se halla mal diseñado. Resulta que apenas aumenta la edad de las personas sube el costo de los planes. Eso impide que el procedimiento funcione en forma razonable, pues el adulto mayor empieza a ganar menos.

Se ha hablado de la necesidad de un reaseguro. Estoy de acuerdo. Pero ocurre que las ISAPRES nunca lo han aceptado, porque tienen el reaseguro gratuito del Estado, ya que cuando una persona llega a los 60 ó 70 años y no está en condiciones de pagar un plan de salud en el sistema privado, se va a FONASA.

Con relación al subsidio de 2 por ciento, hay hechos puntuales muy graves. Uno de ellos es que se desconoce cómo se ha usado. Las cifras entregadas por las ISAPRES, los usuarios, el Servicio de Impuestos Internos y la propia Superintendencia del ramo varían entre 30 y 40 por ciento. Como el subsidio asciende a 10 mil ó 12 mil millones de pesos, quiere decir que hay 4 mil millones de pesos de los cuales no sabemos su destino final.

Cabe precisar que el sistema funciona sobre la base de que el empleador descuenta el subsidio de sus impuestos y, por consiguiente, lo paga el país entero.

Se dice que el subsidio beneficia a los trabajadores. Conforme. Pero sabemos que no se emplea para cubrir los planes de salud de las personas de la tercera edad ni las enfermedades catastróficas. Y ante el argumento de que no se encuentra bien focalizado y no favorece a los más pobres se señala: “Lo tenemos para quienes ganan entre 300 y 400 mil pesos”. Si es así, ¿por qué, entonces, es sólo para los dependientes y no para los independientes? A este respecto, se hace una comparación con los sistemas de vivienda. La diferencia está en que el trabajador independiente puede adquirir una vivienda, pero no tiene acceso al subsidio.

Ahora, no se sabe cuál es el plan. No cambian los planes; no sabemos cómo lo harían. Por lo tanto, cuando hemos preguntado a las ISAPRES cuántos de los 10 mil millones de pesos que les entran por concepto del 2 por ciento han revertido realmente a los afiliados, no hay respuesta. De modo que no se puede sostener un modelo acerca del cual no se sabe lo que está pasando.

Señor Presidente, en un lapso de quince o veinte años, se produce un remanente. Los 10 ó 12 mil pesos que van por esta vía a las ISAPRES (con un total de 4 a 5 mil millones por año), ¿sumarán en 20 años 100 mil millones? ¿80 mil millones? No tenemos idea. Y ese sistema lo está pagando el Estado. En definitiva, aquí estamos frente a un fantástico negocio, pues ha permitido a las ISAPRES obtener utilidades anuales por sobre 15 mil ó 20 mil millones, versus los 10 o 12 con que funciona el modelo de subsidio.

El asunto de fondo es el siguiente. Nadie quiere terminar con las ISAPRES. Lo inaceptable es que estas instituciones ganen cierta suma de dinero y simultáneamente mengüen su atención a la gente, sobre todo en prestaciones de mayor costo. Ése es todo el problema.

Por todo esto voy a votar a favor del proyecto, el cual implica suprimir un modelo que no me parece ético ni adecuado.

El señor URENDA.- Señor Presidente, curiosamente se habla siempre de ayudar a la clase media. En este caso particular se estima que estaríamos en presencia de una acción no debidamente focalizada. Se trata de un subsidio para trabajadores que perciben del orden de 200 mil pesos de renta. Curiosamente también el Gobierno y el mismo Parlamento acaban de aprobar un subsidio para adquisición de viviendas D.F.L. 2, y las primeras personas que reciben el beneficio (pequeñísimo, porque alcanza a sólo el 5 por ciento del dividendo) se sitúan exactamente donde termina el tramo de rentabilidad o se presenta la situación de quienes se benefician con el 2 por ciento que asigna el artículo 8° de la ley N° 18.566. Es decir, acabamos de aprobar subsidios que son de 45 por ciento para trabajadores que ganan bastante más de 3 millones de pesos, dentro de un sistema en que no se da ventaja alguna a los que reciben menos de 300 mil pesos. En cambio, los mismos que aprobamos lo anterior, estamos suprimiendo uno de los escasos beneficios que van efectivamente hacia la clase media chilena.

Cabe señalar que aquí se habla de fortalecer a FONASA. Todo el sistema podría economizar del orden de 11 mil millones. Pensemos que los recursos gastados por FONASA son de un millón de millones, cifra inmensamente superior a aquélla. Ello, con una agravante: al eliminarse tal beneficio, simplemente el Estado deberá atender a través de FONASA a alrededor de un millón de personas que hoy no se encuentran en el sistema. En consecuencia, el costo para el sistema general será muchísimo mayor que el magro beneficio que representan estos 11 mil millones. Tal suma parece elevada, pero, si pensamos que tendrá que cubrir a un millón de personas, llegamos a la conclusión de que simplemente no es así.

Un señor Senador que me precedió en el uso de la palabra, afirmó que no se sabe a dónde va este beneficio; pero se trata de una opción que se da a los trabajadores para que libremente la tomen. No es que nosotros, el Estado, FONASA o los organismos de control sean los llamados a resolver. Es ese millón de personas que, libremente, deciden si les conviene o no les conviene hacerlo. No es necesario que nombremos un inspector para que verifique si cada una de aquéllas lo está haciendo bien o mal. Esto no haría sino rebajar el

grado de confianza en las personas o en quienes, según decimos, debemos beneficiar, pero de cuya capacidad estamos dudando.

Comprendo que el sistema de distribución de este 2 por ciento (que no es ni con mucho tan malo como se dice) puede mejorar. En este sentido presenté una indicación que podría dar base a ello, indicación declarada inadmisibles por incidir en una materia que es de resorte del Ejecutivo. Pero se trata de una sugerencia que el Ministerio puede perfeccionar. Por lo demás, hay otras proposiciones con el mismo objetivo. Creo que facilitar lo que la Constitución establece en el sentido de ofrecer opciones a las personas y confiar en la capacidad de la gente son acciones que van por la vía de mantener tal tipo de subsidio, mejorarlo y reforzarlo, y de ninguna manera derogarlo.

Por ello, voto que no.

El señor VEGA.- Señor Presidente, me preocupan las dos últimas materias sobre las cuales nos hemos pronunciado, porque hubiera querido que respecto de ellas llegáramos a un acuerdo, como se ha dicho reiteradamente en la Sala. Podríamos haber conciliado las proposiciones de las Comisiones de Salud y las de la de Hacienda, para acercarnos a una conclusión compartida por todos. Lo mismo ocurre respecto del 2 por ciento. Las opciones que se discuten giran en torno de mantener o retirar ese aporte. Esto se produce tal vez por el procedimiento seguido para el análisis de las disposiciones.

En mi opinión, el porcentaje en cuestión es parte del sueldo del trabajador. Así lo veo, y tal vez el resultado político más directo que va a producir el proyecto de ley en estudio es que la supresión del 2 por ciento a los 225 mil trabajadores afecte a los grupos familiares de los mismos y que están adscritos al sistema -600mil personas, más o menos- y por lo tanto supeditados a dicho aporte.

El resto del proyecto, es muy bueno, pues incluye la modernización de centros hospitalarios y del FONASA, resuelve el problema de los cheques en garantía y proporciona una alternativa de pago que mediante estudio se concretará en un instrumento más eficiente. Además, va a causar en las personas un efecto muy directo -como sucede con la modernización del sistema- que sólo se hará notar con el tiempo. Sus efectos van a ser sutiles, y es probable que pasen años antes de que la gente se dé cuenta de ellos. En cambio, la supresión del 2 por ciento la van a comenzar a percibir mañana mismo, inmediatamente después de que se efectúe el descuento, cuando tengan problemas con sus ISAPRES o deban reformular sus programas de salud en busca de otras alternativas. Entonces van a sentir en forma muy directa los efectos de la nueva ley.

Por otra parte, el monto involucrado -los 11 mil millones de pesos que importa la supresión de ese porcentaje- no me parece que vaya a quitar o poner rey al sistema. Estamos

hablando de cantidades astronómicas de recursos para financiar y modernizar el sistema de salud. Así y todo se trata de una tarea bastante difícil y que tomará muchos años. Por eso, creo que la contribución de este recurso en FONASA y en el sistema mismo es muy limitada, si se compara con el efecto que va a causar en los trabajadores.

Por esa razón, voto que no.

El señor HOFFAMANN (Secretario subrogante).- Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se aprueba el artículo 4° (17 votos por la afirmativa, 15 por la negativa, una abstención y 2 pareos).**

**Votaron por la afirmativa** los señores Aburto, Bitar, Foxley, Frei (doña Carmen), Gazmuri, Hamilton, Moreno, Muñoz Barra, Ominami, Parra, Pizarro, Ruiz-Esquide, Sabag, Silva, Valdés, Viera-Gallo y Zaldívar (don Andrés).

**Votaron por la negativa** los señores Bombal, Canessa, Cariola, Cordero, Chadwick, Horvath, Larraín, Martínez, Novoa, Pérez, Prat, Romero, Stange, Urenda y Vega.

**Se abstuvo de votar** el señor Boeninger.

**No votaron, por estar, pareados,** los señores Díez y Ruiz (don José).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde votar el artículo 6°.  
¿Habría acuerdo para aprobarlo?

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Con mi voto en contra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Entonces, se aprueba con el voto en contra del Honorable señor Ruiz-Esquide.

A continuación, existe una indicación de los Senadores señores Bitar, Díez y Ruiz-Esquide para agregar un artículo transitorio nuevo del siguiente tenor:

“Artículo ...-Sólo a los contratos que se celebren, adecuen o renueven a partir de la vigencia de esta ley les será aplicable la presunción de otorgamiento del préstamo a que se refiere el artículo 3° de esta ley”.

**--Se aprueba.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la discusión del proyecto.

El señor BOMBAL.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, señor Senador.

El señor BOMBAL.- Sólo quiero agradecer al personal tanto de la Comisión de Salud como de la de Hacienda, que ha debido trabajar en las últimas 48 horas, prácticamente sin dormir, para que la Sala pudiera contar con los informes respectivos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Muy bien.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor FIGUEROA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, deseo agradecer al Senado por los debates y los resultados finales de las votaciones.

Asimismo, quiero sumarme al agradecimiento al personal de Comisiones, que preparó informes muy detallados y completos.

Agradezco también a los señores Senadores y a las señoras Senadoras que votaron a favor del proyecto, por lo siguiente.

Primero, porque se fortalece y moderniza el Fondo Nacional de Salud con las nuevas atribuciones que se le otorgan, las cuales sueltan las amarras legales creadas durante la década de los 80 al seguro público solidario que tiene Chile. Doy gracias a los señores Senadores, porque con ello gana la gente de clase media y de escasos recursos que está en el FONASA.

En segundo lugar, se da una señal muy clara que favorece a todos los sectores (a la clase media, a la personas de mayores recursos y, por cierto, a la gente de escasos medios económicos) frente a una emergencia que puede vulnerar para siempre su vida o una o más funciones vitales de sus organismos. Ello, porque se deja claramente establecido que las instituciones financiadoras de la salud son las que deberán solventar las atenciones en este tipo de casos, con el objeto de que los prestadores no tengan que exigir condicionamiento alguno para atender a los pacientes. Es decir, se explicita mucho más la eliminación de exigencias previas a la atención. Con ello gana fundamentalmente la gente.

Lo otro importante es que a partir de hoy comienza la supresión gradual en el tiempo del subsidio del 2 por ciento, lo que permitirá que estos recursos puedan ser utilizados efectivamente, por ejemplo, en lo que ha sido una preocupación del Senado: el seguro catastrófico. Quiero recordar que el seguro catastrófico del Fondo Nacional de Salud que se contrata con hospitales y también con clínicas privadas tiene un costo aproximado de 12 mil millones de pesos, que es prácticamente equivalente a los fondos que se destinan al subsidio del 2 por ciento.

Nada más, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Bien.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, quiero hacer extensivos mis agradecimientos al personal de Sala del Senado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No habiendo otro asunto que tratar y habiéndose cumplido el objetivo propuesto, se levanta la sesión.

**--Se levantó a las 15:40.**

*Manuel Ocaña Vergara,*  
**Jefe de la Redacción**



A N E X O S

SECRETARÍA DEL SENADO

LEGISLATURA ORDINARIA

A C T A A P R O B A D A

SESIÓN 33ª, EN 15 DE SEPTIEMBRE DE 1999

Extraordinaria

Presidencia del titular del Senado, H. Senador señor Zaldívar (don Andrés), y del H. Senador señor Ruiz (don José), en calidad de Presidente accidental.

Asisten los HH. Senadores señores Aburto, Bitar, Boeninger, Bombal, Canessa, Cantero, Cariola, Cordero, Chadwick, Díez, Fernández, Frei, Gazmuri, Hamilton, Lagos, Larraín, Lavandero, Martínez, Matthei, Moreno, Muñoz Barra, Novoa, Núñez, Páez, Pérez, Pizarro, Romero, Sabag, Stange, Urenda, Vega y Viera-Gallo.

Concurren, además, los Ministros del Interior; Secretario General de la Presidencia; Secretario General de Gobierno, y del Trabajo y Previsión Social, señores Raúl Troncoso Castillo; José Miguel Insulza Salinas; Carlos Mladinic Alonso, y Germán Molina Valdivieso.

Actúan de Secretario y de Prosecretario los titulares del Senado, señores José Luis Lagos López y Carlos Hoffmann Contreras, respectivamente.

---

ACTAS

Se dan por aprobadas las actas de las sesiones 26ª y 27ª, ordinarias, de 31 de agosto y 1 de septiembre del año en curso, respectivamente, que no han sido observadas.

Las actas de las sesiones 28ª, ordinaria, y 29ª, especial, de 7 y 8 de septiembre del presente año, respectivamente,

se encuentran en Secretaría a disposición de los señores Senadores, hasta la sesión próxima, para su aprobación.

---

## CUENTA

### Mensaje

De S.E. el señor Presidente de la República con el que retira y hace presente la urgencia, en el carácter de "discusión inmediata", al proyecto de ley que modifica la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios, en relación a la elección de Presidente de la República.

-- Queda retirada la urgencia, se tiene presente la nueva calificación y se manda agregar el documento a sus antecedentes.

### Oficios

De la H. Cámara de Diputados, con el que comunica que ha dado su aprobación al informe de la Comisión Mixta constituida para resolver las divergencias suscitadas durante la tramitación del proyecto de ley que establece normas para la exploración y explotación de energía geotérmica.

-- Queda para tabla.

Seis del señor Ministro de Obras Públicas:

Con los dos primeros, responde igual número de oficios enviados en nombre de la H. Senadora señora Frei, relativos, uno, al financiamiento del proyecto Embalse Coyil, y el otro, al sector Cuesta Monte Cristo, respectivamente, ambos en la Segunda Región.

Con los dos siguientes, contesta dos oficios enviados en nombre del H. Senador señor Matta, referidos, uno, a la Pasada Peatonal sobre el Estero Quilipín, y el otro, al Camino Las Máquinas, Ilochegua, El Tablón, del sector Tapihue, en la comuna de Cauquenes, respectivamente, ambos en la Séptima Región.

Con el quinto, responde un oficio enviado en nombre del H. Senador señor Horvath, relativo a defensas fluviales del río Avilés, en la comuna de Chile Chico, en la Undécima Región.

Con el sexto, contesta un oficio enviado en nombre del H. Senador señor Ominami, referido a cobros a nuevos usuarios por instalación de Servicios Sanitarios, en la Quinta Región.

-- Quedan a disposición de los señores Senadores.

#### Informe

De la Comisión de Hacienda, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que otorga la calidad de exportadoras a las empresas que operen o exploten puertos de uso público para los efectos del artículo 36 del decreto ley N° 825, de 1974.

-- Queda para tabla.

---

El H. Senador señor Moreno solicita se autorice a las Comisiones de Agricultura y de Medio Ambiente, unidas, para sesionar en forma paralela con la Sala.

Así se acuerda.

---

#### ORDEN DEL DIA

Proyecto de ley, en primer trámite constitucional e iniciado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República, que modifica la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios, en relación a la elección de Presidente de la República, con informe de la Comisión de Gobierno, Descentralización y Regionalización.

El señor Presidente anuncia que corresponde ocuparse del proyecto de ley de la referencia.

El señor Secretario señala que se trata del informe de la Comisión de Gobierno, Descentralización y Regionalización acerca del proyecto de ley que modifica la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios, en relación a la elección de Presidente de la República, en primer trámite constitucional y de origen en un mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de "discusión inmediata".

La Comisión hace presente que las disposiciones del artículo 1º permanente y las de los artículos transitorios, de aprobarse, deben serlo con rango de ley orgánica constitucional, por recaer en preceptos de ese carácter.

Por las razones expuestas en su informe, la Comisión propone a la Sala la aprobación del siguiente:

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley Nº 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios:

1.- Agrégase, en el artículo 19, el siguiente inciso tercero:

"Tratándose de la elección de Presidente de la República, y en el caso establecido en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, la inscripción practicada por el Servicio se entenderá subsistente, para todos los efectos legales, respecto de los candidatos a que la referida disposición alude."

2.- Sustitúyese el artículo 20, por el siguiente:

"Artículo 20.- El reemplazo por fallecimiento de un candidato a Presidente de la República, podrá efectuarlo la Directiva Central del partido político que hubiere declarado su candidatura, y sólo en las situaciones previstas en las letras siguientes. Tratándose de candidaturas independientes, el candidato fallecido no podrá ser reemplazado.

a) Si un candidato falleciere después de haberse declarado su candidatura y antes del octavo día anterior al de la elección, éste podrá ser reemplazado dentro de los tres días siguientes a la fecha del deceso.

b) Si un candidato falleciere entre las cero horas del referido octavo día y las cero horas del tercer día anterior al de la elección, éste podrá ser reemplazado dentro de las veinticuatro horas siguientes al deceso.

c) Si un candidato falleciere entre las cero horas del tercer día anterior al de la elección y antes que el Tribunal Calificador de Elecciones declare el resultado de la votación, sus votos se considerarán válidos. Si el candidato fallecido fuere quien obtuviere la mayoría absoluta, se procederá conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 28 de la Constitución Política. En caso que no se hubiere alcanzado dicha mayoría y el candidato fallecido fuere una de las dos mayorías relativas, éste podrá ser reemplazado dentro de las veinticuatro horas siguientes a la declaración del Tribunal.

d) Si un candidato que hubiere obtenido una de las dos mayorías relativas falleciere después que el Tribunal Calificador de Elecciones declare dichas mayorías y antes de las cero horas del tercer día anterior a la segunda votación, éste podrá ser reemplazado dentro de las veinticuatro horas siguientes al deceso.

e) Si un candidato que hubiere obtenido una de las dos mayorías relativas falleciere después de las cero horas del tercer día anterior a la segunda votación, no podrá ser reemplazado y sus

votos se escrutarán como válidos. Si en la segunda votación dicho candidato obtuviere la mayoría, se procederá de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 28 de la Constitución Política.

El reemplazo por fallecimiento de un candidato a senador o diputado podrá efectuarlo la Directiva Central del partido político o el pacto electoral, a través de las Directivas Centrales de los partidos que lo conforman, que hubiere declarado su candidatura, y sólo en las situaciones previstas en las letras siguientes. Tratándose de candidaturas independientes, el candidato fallecido no podrá ser reemplazado.

a) Si un candidato falleciere después de haberse declarado su candidatura y antes del octavo día anterior al de la elección, éste podrá ser reemplazado dentro de los tres días siguientes a la fecha del deceso.

b) Si un candidato falleciere entre las cero horas del referido octavo día y las cero horas del tercer día anterior al de la elección, éste podrá ser reemplazado dentro de las veinticuatro horas siguientes al deceso.

c) Si un candidato falleciere entre las cero horas del tercer día anterior a la elección y el día en que el Tribunal Calificador de Elecciones proclame al elegido, no podrá ser reemplazado, y los votos que obtenga se entenderán emitidos a favor del otro candidato de su lista si lo hubiere. A falta de otro candidato en la lista o en el caso de candidaturas independientes, los votos se considerarán nulos.

Si los reemplazos regulados en el presente artículo se hubieren verificado después que las cédulas correspondientes se encontraren impresas, se entenderá que los votos obtenidos por el candidato fallecido corresponden a su reemplazante. No efectuándose el reemplazo en tiempo y forma, los votos que obtenga el fallecido se considerarán nulos, sin perjuicio de lo dispuesto en las letras e) y c) de los incisos primero y segundo, respectivamente."

3.- Introdúcese, a continuación del artículo 20, el siguiente artículo 20 bis:

"Artículo 20 bis.- El reemplazante a que se refiere el artículo anterior, se someterá a los requisitos de declaración e inscripción establecidos en los artículos 3º, 3º bis, 4º, 9º, 14 y 16 de los párrafos 1º y 3º, en lo que le fueren aplicables. En el caso de candidaturas presentadas por partidos políticos o por pactos electorales, no les serán exigibles los requisitos establecidos en los artículos 26, letra d), 29 y 31 de la Ley N° 18.603. La designación efectuada en conformidad al artículo 7º será también válida para la declaración del candidato reemplazante.

El Servicio Electoral inscribirá provisionalmente al candidato reemplazante, sin perjuicio de lo dispuesto en el Párrafo 4º y aplicándose, para tal efecto, los plazos establecidos en las letras a), b), c) y d) del artículo 21.

En caso que la declaración de candidatura del reemplazante fuere rechazada en definitiva, se dejará sin efecto la inscripción provisoria y los votos que hubiere obtenido el candidato rechazado se considerarán nulos."

4.- Modifícase el artículo 22, de la siguiente manera:

a) Reemplázase el inciso primero por los siguientes, pasando los actuales segundo y tercero a ser incisos tercero y cuarto, respectivamente:

"Artículo 22.- La emisión del sufragio se hará mediante cédulas oficiales. El Servicio Electoral las confeccionará con las dimensiones que fije para cada elección, de acuerdo con el número de candidatos o cuestiones sometidas a plebiscito, impresas en forma claramente legible y en papel no transparente, que llevará el sello de ese Servicio y la indicación de sus pliegues y de la sección en donde se adherirá el talón a que se refiere el inciso siguiente.

En el borde lateral superior derecho de la cédula, se adherirá un talón que llevará la indicación de serie y numeración correlativas, en una parte de él que será desprendible. La cédula sólo constituirá instrumento válido para el sufragio, una vez que el talón haya sido adherido en la oportunidad y forma previstos en esta ley.";

b) Intercálase en el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, a continuación de la coma (,) que sigue a la expresión "Presidente de la República" las expresiones "Presidente de la República - Segunda Votación";

c) Agrégase en el inciso tercero, que ha pasado a ser cuarto, la siguiente oración final: "Para este efecto, la Mesa entregará al elector un sello adhesivo, con el cual deberá cerrar la cédula, luego de doblarse aquélla de acuerdo con la indicación de sus pliegues.", y

d) Incorpórase el siguiente inciso quinto, nuevo:

"Tratándose del caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, el Servicio Electoral podrá confeccionar las cédulas de votación y preparar los útiles electorales, con el mérito de los resultados provisionales de que disponga.".

5.- Incorpórase, en el inciso cuarto del artículo 23, la siguiente oración final: "Para los efectos de lo previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, los candidatos que correspondan mantendrán en la cédula de votación sus respectivos números y orden.".

6.- Modifícase el artículo 30, de la siguiente manera:

a) Agrégase en el inciso cuarto, a continuación de la palabra "plebiscito", las expresiones "ambos días inclusive", precedida de una coma (,).

b) Incorpórase el siguiente inciso quinto, nuevo, pasando el actual inciso quinto a ser sexto:

"Con todo, tratándose del caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, la propaganda electoral sólo podrá efectuarse desde el decimocuarto y hasta el tercer día anterior al de la votación, ambos días inclusive.".

7.- Incorpórase en el inciso tercero del artículo 31, después del punto aparte (.) que pasa a ser punto seguido (.), la siguiente oración: "Para el caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, el tiempo será de diez minutos, distribuido también en partes iguales.".

8.- Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 32, las expresiones "desde el trigésimo y hasta el tercer día anterior a la elección o plebiscito" por "dentro del plazo señalado en el artículo 30".

9.- Incorpórase, en el inciso primero del artículo 47, precedido de un punto seguido (.), el siguiente párrafo final:

"Con todo, los vocales a los que les corresponda actuar en la elección de Presidente de la República, se entenderán convocados por el sólo ministerio de la ley, para cumplir iguales funciones en el caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política."

10.- Agrégase, en el inciso tercero del artículo 52, la siguiente oración final: "Subsistirá el mismo acuerdo, tratándose del caso establecido en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política."

11.- Intercálase, en la segunda oración del inciso primero del artículo 54, a continuación de la expresión "nominación", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "que se entenderá subsistente para el caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política,".

12.- Sustitúyese el número 11 del inciso segundo del artículo 55, por el siguiente:

**"11) Cinco sobres por cada elección o plebiscito que se realice, para colocar las cédulas con que se sufrague. Uno de ellos llevará en su parte exterior la indicación "votos escrutados no objetados"; otro, "votos escrutados objetados"; otro, "votos nulos y en blanco"; otro, "talones de las cédulas emitidas"; y el quinto, "cédulas no usadas o inutilizadas y talones y sellos adhesivos no usados";".**

13.- Reemplázase la segunda parte del inciso primero del artículo 65, por la siguiente: "A continuación procederá a doblar la cédula de acuerdo con la indicación de sus pliegues y a cerrarla con el sello adhesivo."

14.- Reemplázase el inciso primero del artículo 72, por el siguiente:

**"Artículo 72.- Practicado cada escrutinio y antes de cerrarse el acta, el Presidente pondrá las cédulas escrutadas con las que se hubiere sufragado en la elección o el plebiscito, separando las cédulas escrutadas y no objetadas, las escrutadas y objetadas, los votos nulos y en blanco, las cédulas no usadas o inutilizadas, los talones desprendidos de las cédulas emitidas y los talones y sellos adhesivos no utilizados, dentro de los sobres especiales destinados a cada efecto."**

15.- Reemplázase el artículo 91, por el siguiente:

"Artículo 91.- El Presidente y el Secretario del Colegio remitirán el sobre al Director del Servicio Electoral y al presidente del Tribunal Calificador de Elecciones, respectivamente, por intermedio de la oficina de correos o por el medio más expedito de transporte, dentro de las dos horas siguientes al momento en que lo reciban. El jefe de la oficina correos o el encargado del medio de transporte deberá otorgar recibo de la recepción, dejando constancia de la hora en que ésta se practique."

**Dentro de las veinticuatro horas siguientes al término del funcionamiento del Colegio, el Secretario hará entrega de los Registros que le hubieren sido proporcionados y del Libro de Actas, al Secretario de la Junta Electoral. En el mismo plazo, también enviará las actas de escrutinio de las Mesas Receptoras al Servicio Electoral."**

16.- Suprímese, en el artículo 94, su inciso tercero.

17.- Incorpórase, al final del Título IV, el siguiente artículo 99 bis:



**"Artículo 99 bis.-**

Tratándose de la elección de Presidente de la República, las solicitudes de rectificaciones de escrutinios y las reclamaciones de nulidad se interpondrán directamente ante el Tribunal Calificador de Elecciones, dentro de los tres días siguientes a la fecha de la respectiva votación, acompañándose en el mismo acto los antecedentes en que aquellas se fundaren. Dentro del plazo fatal de tres días, contado desde la fecha del respectivo reclamo, se rendirán ante el Tribunal las informaciones y contrainformaciones que se produzcan. El Tribunal fallará las solicitudes y reclamaciones, sin ulterior recurso, dentro de tercer día de vencido el término para recibir las informaciones, y notificará su sentencia por el estado diario.

Si un Colegio Escrutador no hubiere terminado aún sus labores al expirar el día siguiente al de la votación, el plazo para interponer las solicitudes y reclamaciones a que se refiere el inciso anterior se entenderá prorrogado, respecto de dicho Colegio, por el término fatal de veinticuatro horas contado desde el día en que éste termine su labor.

Para los efectos de lo dispuesto en el inciso anterior, el Tribunal deberá además, dar cumplimiento a las normas establecidas en el Título V de la presente ley, en lo que fuere pertinente."

18.- Reemplázase el inciso primero del artículo 100, por el siguiente:

**"Artículo 100.- El Tribunal Calificador de Elecciones se entenderá citado por el solo ministerio de la ley, para reunirse a las diez de la mañana del tercer día siguiente a la fecha en que se verifique la respectiva votación o plebiscito, a fin de preparar el conocimiento del escrutinio general y de la calificación de dichos procesos, de resolver las reclamaciones y efectuar las rectificaciones a que hubiere lugar."**

19.- Sustitúyese el artículo 102, por el siguiente:

**"Artículo 102.- El Tribunal Calificador de Elecciones se abocará al conocimiento del escrutinio general de la elección para Presidente de la República y su calificación, dentro de los plazos establecidos en el inciso primero del artículo 27 de la Constitución Política."**

20.- Agrégase, en el artículo 109, el siguiente inciso final:

"Si ninguno de los candidatos a Presidente de la República hubiere obtenido la mayoría absoluta señalada en el inciso primero de este artículo y para los efectos de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, el Tribunal hará la correspondiente declaración, indicando los candidatos que hayan obtenido las dos más altas mayorías relativas y ordenará su publicación en el Diario Oficial, lo que deberá efectuarse en el día siguiente hábil al del vencimiento del plazo establecido en el inciso primero del artículo 27 de la Constitución."

21.- Reemplázase, en el artículo 110, la expresión "tercer" por "segundo".

22.- Incorpórase, en el inciso primero del artículo 111, precedida de un punto seguido (.), la siguiente oración final: "Para el caso previsto en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, tales nombramientos se entenderán subsistentes."

Artículo 2º.- El Presidente de la República, mediante decreto supremo expedido por el Ministerio del Interior, fijará el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional de Votaciones Populares y Escrutinios."

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 1º.- Para la elección presidencial del 12 de diciembre 1999, incluida la situación prevista en el inciso segundo del artículo 26 de la Constitución Política, el reemplazo del candidato fallecido a que se refiere el inciso primero del artículo 20 de la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios, podrá recaer en una persona perteneciente a cualquier partido político o en un independiente.

Artículo 2º.- Las modificaciones introducidas por esta ley al artículo 22 de la Ley N° 18.700, sobre la cédula de votación, no se aplicarán al acto electoral a efectuarse el día 12 de diciembre de 1999..".

- - -

En discusión general el proyecto, hacen uso de la palabra el señor Ministro del Interior y la H. Senadora señora Frei.

- - -

El señor Presidente solicita el asentimiento de la Sala para que ingresen a la sesión el Jefe de Gabinete del Ministerio del Interior y el Jefe de la Dirección Legislativa de dicha Cartera de Estado, señores Eugenio Ortega y Eduardo Pérez, respectivamente.

Así se acuerda.

- - -

El señor Presidente recaba el asentimiento de la Sala para que lo reemplace, en calidad de Presidente accidental, el H. Senador señor Ruiz (don José).

Así se acuerda.

- - -

Continuando la discusión general, hacen uso de la palabra el señor Ministro del Interior y los HH. Senadores señora Frei y señores Bombal, Cantero, Díez, Gazmuri, Larraín, Martínez, Moreno, Muñoz Barra, Núñez, Romero y Urenda.

- - -

El H. Senador señor Romero solicita se oficie al Director del Servicio Electoral para que informe si existen estudios acerca de la posibilidad de establecer la automatización de la inscripción electoral.

Asimismo, solicita se oficie al señor Director del Registro Civil para que informe acerca del establecimiento de un sistema de inscripción automático al renovar o sacar carnet de identidad.

Por su parte, el H. Senador señor Bombal solicita se requiera en los referidos oficios que se haga llegar la legislación comparada y la práctica de otros países, respecto de la materia consultada.

Se acuerda enviar los oficios solicitados en nombre del Senado.

- - -

Cerrado el debate y puesto en votación el proyecto, se aprueba en general en el carácter de orgánico constitucional los artículos 1º permanente y transitorios con el voto favorable de 31 señores Senadores de un total de 44 señores Senadores en ejercicio, dándose cumplimiento de esta forma a los dispuesto en el artículo 63, inciso segundo, de la Ley Fundamental. Votaron afirmativamente los HH. Senadores señoras Frei y Matthei y señores Aburto, Bitar, Boeninger, Bombal, Canessa, Cantero, Cariola, Cordero, Chadwick, Díez, Fernández, Hamilton, Lagos, Larraín, Lavandero, Martínez, Moreno, Muñoz Barra, Novoa, Núñez, Páez, Pizarro, Romero, Ruiz (don José), Sabag, Stange, Urenda, Vega y Zaldívar (don Andrés). Durante la votación ningún señor Senador funda el voto.

El señor Presidente declara aprobado en particular el proyecto, al tenor de lo dispuesto en el artículo 120 del Reglamento de la Corporación.

Se deja constancia de que los artículos 1º permanente y transitorios fueron aprobado en particular, en el carácter de ley orgánica constitucional, por 31 señores senadores de un total de 44 en ejercicio, dándose cumplimiento de esta forma a los dispuesto en el artículo 63, inciso segundo, de la Ley Fundamental.

Queda terminada la discusión de este asunto.

El texto despachado por el Senado es el anteriormente transcrito.

---

Proyecto de reforma constitucional, iniciado en moción de los HH. Senadores señores Aburto, Díez, Hamilton, Larraín y Viera-Gallo, que modifica el artículo 30 de la Carta Fundamental, con el fin de establecer el estatuto de Ex Presidente de la República, con informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

El señor Presidente anuncia que corresponde ocuparse del proyecto de reforma constitucional de la referencia.

El señor Secretario señala que se trata del informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento acerca del proyecto de reforma constitucional que modifica el artículo 30 de la Carta Fundamental, con el fin de establecer el estatuto de Ex Presidente de la República.

Cabe hacer presente que la iniciativa -que incide en el Capítulo IV de la Constitución Política, sobre Gobierno- necesita para su aprobación del voto favorable de las tres quintas partes de los señores Senadores en ejercicio, en conformidad a lo preceptuado en el inciso segundo del artículo 116 de la Carta Fundamental.

Es dable mencionar, asimismo, que por tratarse de una iniciativa que consta de un solo precepto, la Comisión la discutió en general y en particular a la vez, en los términos del artículo 127 del Reglamento de la Corporación, y recomienda proceder de igual forma.

Por los motivos expresados en su informe, la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, propone aprobar el siguiente

#### PROYECTO DE REFORMA CONSTITUCIONAL:

“Artículo único.- Agréganse los siguientes incisos al artículo 30 de la Constitución Política de la República:

“El que haya desempeñado este cargo por el período completo, asumirá, inmediatamente y de pleno derecho, la dignidad oficial de Ex Presidente de la República.

En virtud de esta calidad, le serán aplicables las disposiciones de los incisos segundo, tercero y cuarto del artículo 58 y el artículo 59.

Quien actualmente o en el futuro se desempeñe como senador vitalicio, podrá renunciar a dicho cargo, en cuyo caso mantendrá la dignidad de Ex Presidente de la República.

No la alcanzará el ciudadano que llegue a ocupar el cargo de Presidente de la República por vacancia del mismo ni quien haya sido declarado culpable en juicio político seguido en su contra.

El Ex Presidente de la República que asuma alguna función remunerada con fondos públicos, dejará, en tanto la desempeñe, de percibir la dieta, manteniendo, en todo caso, el fuero. Se exceptúan los empleos docentes y las funciones o comisiones de igual carácter de la enseñanza superior, media y especial."."

- - -

El señor Presidente sugiere prorrogar el plazo para presentar indicaciones al proyecto que modifica la Ley General de Cooperativas hasta el lunes 4 de octubre a las 12:00 horas.

Así se acuerda.

- - -

En discusión general el proyecto de reforma constitucional, hacen uso de la palabra los HH. Senadores señores Bitar, Boeninger, Bombal, Hamilton, Larraín, Muñoz Barra, Novoa, Núñez, Pizarro, Sabag, Urenda y Viera-Gallo.

- - -

El señor Presidente propone prorrogar la sesión hasta que se despache esta iniciativa.

Así se acuerda.

- - -

Cerrado el debate y puesto en votación el proyecto de reforma constitucional, se aprueba en general por 33 votos favorables de un total de 44 señores Senadores en ejercicio, dándose cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 116 de la Carta Fundamental. Fundan el voto los HH. Senadores señores Bitar, Cantero y Gazmuri.

A continuación, se aprueban en particular el encabezamiento y los incisos primero y segundo del artículo único, por 33 votos favorables de un total de 44 señores Senadores en

ejercicio, dándose cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 116 de la Carta Fundamental.

Luego, se aprueba en particular el inciso tercero del artículo único, por 30 votos favorables y tres en contra de un total de 44 señores Senadores en ejercicio, dándose cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 116 de la Carta Fundamental. Votaron en contra los HH. Senadores señores Bitar, Muñoz Barra y Núñez. Funda el voto el H. Senador señor Ruiz (don José).

Finalmente, se aprueban en particular los incisos cuarto y quinto del artículo único, por 33 votos favorables de un total de 44 señores Senadores en ejercicio, dándose cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 116 de la Carta Fundamental.

Queda terminada la discusión de este asunto.

El texto despachado por el Senado, es el anteriormente transcrito.

---

El señor Presidente anuncia que ha llegado el término del Orden del Día.

---

Se levanta la sesión.

JOSE LUIS LAGOS LOPEZ  
Secretario del Senado

D O C U M E N T O S

1

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS, QUE PERFECCIONA NORMAS DEL ÁREA DE LA SALUD (2132-11)

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de presentaros su segundo informe sobre el proyecto de ley individualizado en el rubro, en segundo trámite constitucional, originado en Mensaje del Presidente de la República. El Jefe del Estado ha declarado la urgencia para esta iniciativa, calificándola de discusión inmediata.

Cabe hacer presente que en opinión de vuestra Comisión, el las modificaciones aprobadas para los incisos noveno y undécimo del artículo 13 que se sustituye en virtud del número 2 del artículo 2° del proyecto deben aprobarse con quórum de ley orgánica constitucional, en atención a lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Suprema, pues otorgan nuevas atribuciones a las Cortes de Apelaciones. Asimismo, es del caso señalar que mediante oficio S/55-99, de 14 de octubre en curso, aquellas disposiciones fueron consultadas a la Excmá. Corte Suprema, dado lo prescrito en el inciso segundo del citado artículo 74 de la Carta Fundamental, y a lo preceptuado en el artículo 16 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional.

A una o más de las sesiones en que se trató este asunto asistieron, además de los miembros de la Comisión, los HH. Senadores señores Edgardo Boeninger y Jorge Pizarro; el H. Diputado señor Juan Masferrer; el señor Ministro de Salud, don Alex Figueroa; el señor Director de Fonasa, don Rony Lenz; el señor Superintendente de Isapres, don Alejandro Ferreiro y la Fiscal del mismo Servicio, doña Andrea Muñoz; el Jefe de Gabinete del señor Ministro, don Pablo Ortiz; el Jefe del Departamento de Estudios del Ministerio de Salud, don José Pablo Gómez, y el Asesor Legislativo del señor Ministro, don Milenko Mihovilovic.

-----

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de lo siguiente:

- 1) Artículos que no fueron objeto de indicaciones: 1°, números 2, 5 y 6; 2°, números 1, 4, 5, 6 y 7, y 7°.
- 2) Artículos que sólo han sido objeto de indicaciones rechazadas: 5°.
- 3) Indicaciones aprobadas: 1, 2, 8, 13,16 y 28.
- 4) Indicaciones aprobadas con modificaciones: 9, 12, 14 y 15.
- 5) Indicaciones rechazadas: 3, 4, 5, 6, 7, 11, 18, 26, 27, 30, 31 y 32.
- 6) Indicaciones retiradas: 10, 17, 19, 19 bis, 20, 21, 22 y 29.
- 7) Indicaciones declaradas inadmisibles: 23, 24, 25 y 25 bis.

-----



La premura impuesta por la urgencia impide desarrollar in extenso el debate producido en el seno de la Comisión, por lo que nos circunscribiremos a exponer los textos del proyecto y de las indicaciones y a consignar los acuerdos adoptados en torno a ellos.

-----  
Artículo 1º

Introduce las siguientes modificaciones en el D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud y el Fonasa.

Número 1

Agrega en el artículo 8º la siguiente letra d), nueva:

"d) Administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la Ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el párrafo primero de esta letra."

El referido artículo 8º confiere diversas atribuciones al Subsecretario de Salud.

En este número recae la indicación signada con el numeral 1, del H. Senador señor Boeninger, para agregar al inciso segundo de la letra d) propuesta, la siguiente oración final: "La dictación de estas normas, se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación a las iniciativas que con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas por uno o más servicios de salud o por prestadores públicos individuales de salud."

Como existieran dudas acerca de la admisibilidad de esta y otras indicaciones, a solicitud del H. Senador señor Bombal, el Ejecutivo las hizo suyas, lo que se materializó mediante el oficio N° 69-341, de 13 de octubre en curso, que se agrega a los antecedentes.

La indicación N° 1 fue aprobada por unanimidad, por los HH. Senadores señores Bombal, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

o o o o

Luego, la indicación número 2, del Presidente de la República, intercala, a continuación del N° 1, el siguiente, nuevo:

"...- Modifícase el artículo 16 de la siguiente forma:

a.- Sustitúyese la denominación "San Felipe-Los Andes" por "Aconcagua".

b.- Reemplázase la oración "Cuatro en la Región del Bío-Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío." por "Cinco en la Región del Bío-Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío-Bío."

c.- Sustitúyese la oración "Uno en la Región de la Araucanía: Araucanía." por "Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte."

Es del caso señalar que el referido artículo 16 crea los Servicios de Salud, entre ellos, tres en la Región de Valparaíso: Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota, San Felipe-Los Andes; cuatro en la Región del Bío Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío, y uno en la Región de la Araucanía: Araucanía.

Fue aprobada por unanimidad, por los HH. Senadores señores Bombal, Páez, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

o o o o

#### Número 2

Modifica el artículo 24 de la siguiente manera:

a) Sustituye la letra b) por la siguiente:

"b) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes, y con aquellos pagos que les efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;"

b) Agrega la siguiente letra f), nueva:

"f) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

El artículo 24, en sus letras a) a e), señala los recursos con que se financiarán los Servicios. Su letra b) precisa que lo harán con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes.

No fue objeto de indicaciones.

#### Número 3

Sustituye el artículo 27 por el siguiente:

"Artículo 27.- Serán funciones del Fondo:

a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 33 de la presente ley;

b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar, en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El

financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere la ley N° 18.469, por petición expresa del Subsecretario de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más Servicios de Salud. Las prestaciones susceptibles de incluir en estos convenios quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud, la que podrá ser modificada si las circunstancias así lo ameritan. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 13 de la ley N° 18.469;

c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado con el presupuesto global de salud;

d) Colaborar con el Subsecretario en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere la letra d) del inciso tercero del artículo 8° de esta ley, y

e) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, estarán obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus tareas y

que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna. Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deban ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependan o mediante el cual se encuentren vinculados con el gobierno.

Para efecto de lo dispuesto en la ley N° 17.322, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que esta ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún efecto."

El artículo 27 vigente señala las actuales funciones del Fondo Nacional de Salud, a saber:

a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 33 de la ley;

b) Financiar, en todo o en parte, a través de aportes, pagos directos por prestaciones u otros mecanismos, las acciones de salud y financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requiera el Sistema;

c) Financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a través del Sistema o por organismos, entidades y personas que no pertenezcan a éste, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario, en la forma y condiciones que establezca el reglamento; sin perjuicio de los regímenes que contempla la legislación vigente;

d) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuestos de los servicios de salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud, y

e) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

En este numeral 3 inciden siete indicaciones: las identificadas con los números 3, 4, 5, 6, 7 y 8 inciden en la letra b) del artículo 27 que se propone. La número 9 incide en la letra e) del mismo artículo.

La indicación número 3, del H. Senador señor Boeninger, y la número 4, del H. Senador señor Bombal, suprimen del párrafo segundo de la letra b) las frases "por petición expresa del Subsecretario de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más Servicios de Salud".

Fueron rechazadas por cuatro votos contra uno. Votaron por el rechazo los HH. Senadores señores Páez, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, y a favor lo hizo el H. Senador señor Bombal.

La indicación signada con el número 5, pertenece al H. Senador señor Boeninger, y suprime, en el mismo párrafo segundo de la letra b), la penúltima oración, que dice "Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469."

Por tres votos en contra, de los HH. Senadores señores Páez, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, y dos a favor, de los HH. Senadores señores Bombal y Ríos, se rechazó la indicación.

Por su parte, la indicación número 6, del H. Senador señor Bombal, suprime, en el citado párrafo segundo de la letra b), la oración final "En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional."

Se rechazó por tres votos en contra, uno a favor, del H. Senador señor Ríos y una abstención, del H. Senador señor Bombal. Votaron por el rechazo los HH. Senadores señores Ominami, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

En seguida, la indicación número 7, del H. Senador señor Boeninger, sustituye la oración final del referido párrafo segundo de la letra b), por la siguiente: "La Ley de Presupuestos determinará anualmente el porcentaje máximo permitido del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional."

Esta indicación fue rechazada con idéntica votación que la anterior.

Luego, la indicación individualizada con el número 8, del H. Senador señor Bombal, agrega, al párrafo tercero de la letra b) la siguiente oración final: "Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud."

Esta indicación fue de aquellas que el ejecutivo suscribió como suyas, en el oficio citado al tratar la número 1.

Se aprobó con la votación unánime de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos y Silva Cimma.

Por otra parte, la indicación identificada con el número 9, del H. Senador señor Bombal, incide en la letra e) del artículo 27 que se propone e intercala, en su párrafo segundo, a continuación de la expresión "información necesaria", la frase "que tenga relación directa con sus funciones y".

Se aprobó modificada, puesto que basta con sustituir en el precepto en que ella incide la palabra "tareas" por "funciones".

Concurrieron al acuerdo unánime los HH. Senadores señores Bombal, Páez, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

Se puso en votación el número 3 del artículo 1º del proyecto, con exclusión de la oración final del párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 allí propuesto.

Fue aprobado por unanimidad, con los votos de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

Enseguida se votó la referida oración final, la que resultó igualmente aprobada, con los votos de los HH. Senadores señores Ominami, Ruiz-Esquide y Silva Cimma y la oposición de los HH. Senadores señores Bombal y Ríos.

Número 4

Modifica el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustituye la letra c) por la siguiente:

"c) Establecer la estructura y la organización interna del Fondo Nacional de Salud en los términos indicados en el artículo 31 de esta ley;".

b) Sustituye la letra h) por la siguiente:

"h) Celebrar, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, de empleadores o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas, organismos o entidades públicas y privadas nacionales y extranjeras;".

c) Sustituye la letra j) por la siguiente:

"j) Determinar, de entre los funcionarios del Fondo Nacional de Salud, los encargados de realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 17.322 y en el artículo 2° del decreto ley N° 1.526, de 1976, quienes, para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe;".

El aludido artículo 30 precisa, en sus distintas letras, las atribuciones del Director del Fondo Nacional de Salud, entre las cuales cabe destacar las siguientes:

"c) Elaborar y proponer el reglamento del Fondo, el que deberá ser aprobado mediante decreto supremo del Ministerio de Salud.

h) Celebrar, con autorización del Ministerio de Salud, y ejecutar, para el solo cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, patronales o de trabajadores y, en general, con otras personas, organismos o entidades públicas y privadas, nacionales y extranjeras, persigan o no fines de lucro, en la forma y condiciones que determine el Reglamento;

j) Delegar, bajo su responsabilidad, algunas de sus atribuciones a jefes del Fondo.".

En la letra c) este número recae la indicación número 10, del H. Senador señor Bombal, para suprimir, en la letra j) propuesta, las frases finales "quienes, para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe", y la coma (,) que las precede.

Fue retirada por su autor.

#### Número 5

Sustituye el artículo 31 por el siguiente:

"Artículo 31.- El Fondo Nacional de Salud estará organizado en departamentos; lo anterior es sin perjuicio de que el Fondo podrá desconcentrarse territorialmente.

En conformidad con lo establecido en el artículo 28 de la ley N° 18.575 y en la letra a) del artículo 30 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Fondo Nacional de Salud, así como los cometidos que correspondan a cada uno de los departamentos y las que les competan a las direcciones regionales o zonales para el ejercicio de las funciones asignadas al Fondo Nacional de Salud.".

Es del caso tener presente que el actual artículo 31 dispone que la estructura y organización interna del Fondo, así como las funciones y atribuciones específicas de sus dependencias y jefaturas, serán determinadas en el reglamento a que se refiere la letra c), del artículo anterior.



No fue objeto de indicaciones.

#### Número 6

Deroga el artículo 32, que permite al Fondo desconcentrarse territorialmente mediante Oficinas Regionales, que tendrán las funciones que les asigne el reglamento y las atribuciones que les delegue el Director.

No fue objeto de indicaciones.

#### Número 7

Modifica el artículo 33 de la siguiente manera:

a) Sustituye la letra a) por la siguiente:

"a) Los aportes que se consulten en la Ley anual de Presupuestos;".

b) Intercala las siguientes nuevas letras b) y c), pasando las actuales b), c), d), e), f) y g) a ser d), e), f), g), h) e i), respectivamente:

"b) Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del régimen de la ley N°18.469;

c) Las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del régimen de la ley N° 18.469;".

Es dable mencionar que el artículo 33, en sus letras a) a g), establece cuáles serán los recursos del Fondo y, por ejemplo, la letra a) señala como fuente, los aportes que se consultan en la ley anual de presupuestos.

La indicación individualizada con el numeral 11, del H. Senador señor Bombal, propone consultar la siguiente letra nueva:

"...) Agréganse los siguientes incisos finales:

"Los recursos a los que se refiere la letra a) sólo se destinarán para financiar las prestaciones de las personas indigentes y para complementar el financiamiento de cotizantes de rentas bajas. Por su parte, los recursos a los que alude la letra b) se destinarán para financiar las prestaciones de los beneficiarios del sistema que coticen.

En el mes de marzo de cada año, el Director del Fondo Nacional de Salud deberá remitir al Ministro de Hacienda un informe sobre la distribución de los recursos a los que se refiere la letra a) de este artículo. Copia del referido informe deberá enviarse a las Comisiones de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados dentro del primer semestre del año respectivo.".

Por cuatro votos en contra, de los HH. Senadores señores Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, contra uno, del H. Senador señor Bombal, la Comisión la rechazó.

#### Artículo 2°

Introduce diversas modificaciones a la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.



## Número 1

Sustituye los incisos segundo y tercero del artículo 11 por los siguientes:

"Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud."

El artículo 11 vigente establece, en su inciso primero, que las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependen del Ministerio de Salud, de acuerdo con el D.L. N° 2.763, de 1979.

El inciso segundo agrega que las prestaciones se concederán por esos organismos con los recursos profesionales, técnicos y administrativos de que dispongan sus establecimientos, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto con otros organismos públicos o privados.

Por último, el inciso tercero prescribe que los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos, y dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en los artículos 9° y 10.

No fue objeto de indicaciones.

## Número 2

Sustituye el artículo 13 por el siguiente:

"Artículo 13.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28, cuyos valores serán

financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que cancelen una inscripción o apliquen multas, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contados desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá en única instancia y sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contados desde la fecha de recepción de la reclamación.

Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 28 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme."

Resulta oportuno reproducir el artículo 13 vigente:

"Artículo 13.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud, que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán inscribirse en algunos de los grupos del rol que para este efecto llevará el Fondo Nacional de Salud.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas,

procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28°, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado en la forma que determine el Ministerio. La diferencia será bonificada por el Fondo Nacional de Salud, pero en ningún caso esa bonificación será superior al 60% de los señalados en el arancel. Sin embargo, las consultas médicas serán bonificadas con un 60% y la atención del parto será bonificada con un 75%.

No obstante lo anterior, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores a dicho arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados, será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

El porcentaje de bonificación con que contribuirá el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto por el inciso tercero de este artículo será fijado, en cada oportunidad que se requiera, por los Ministerios de Salud y Hacienda.

En el rol a que se refiere el inciso primero, los profesionales y los establecimientos o las entidades asistenciales no podrán figurar en más de un grupo, sin perjuicio de su derecho a trasladar su inscripción a un grupo diverso. No se aceptará una nueva inscripción sin un aviso previo, en el plazo y forma que determine el Ministerio de Salud.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar como única retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución diferente a la del arancel.

Los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud podrán inscribirse en la modalidad de "libre elección" solamente en el grupo de menor valor, cobrando el arancel correspondiente a dicho grupo.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones que cometan los profesionales, establecimientos o entidades inscritas, al reglamento que regula la modalidad y a las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización, serán sancionadas por dicho Servicio, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta 180 días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 100 Unidades de Fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

Tanto la cancelación de la inscripción como la aplicación de multas podrán ser recurridas ante el Ministro de Salud por el afectado, dentro del plazo de 15 días contados desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se hace por carta certificada, el plazo correrá desde

el tercer día de emitida la carta. El Ministro de Salud resolverá en única instancia y sin forma de juicio en un lapso no superior a 30 días contados desde la fecha de recepción de la reclamación.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección, sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos 5 años contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme.

El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad."

En este número recaen cinco indicaciones.

La indicación identificada con el numeral 12, del H. Senador señor Bombal, reemplaza, en la letra a) del inciso tercero del artículo propuesto, la palabra "emergencia" por "urgencia".

Tras debatir extensamente en torno a la conveniencia de emplear uno u otro de estos términos, la Comisión la aprobó, con modificaciones que la hacen extensivas a todo el inciso, por la unanimidad de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, modificándola de modo de usar ambos vocablos, pero dejando constancia de que la situación de emergencia o urgencia es aquella en que objetivamente existe un riesgo para la vida del paciente, o que afecte una o más de sus funciones vitales, siempre que así lo califique un profesional médico. Queda de este modo descartada la interpretación de la urgencia como percepción subjetiva del paciente acerca de su estado de salud.

La indicación número 13, del H. Senador señor Bombal, suprime, en el inciso séptimo de la letra c) del inciso tercero del artículo propuesto, la expresión "en única instancia y".

En realidad, la indicación debe entenderse formulada al inciso noveno del artículo 13 propuesto en este numeral.

Fue aprobada unánimemente, por los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La indicación número 14, del H. Senador señor Boeninger, agrega al inciso séptimo de la letra c) del inciso tercero del artículo propuesto, la siguiente oración final: "En caso de cancelación, suspensión por más de un año o multa superior a 250 UF. procederá, en todo caso, el recurso de apelación ante la Corte de Apelaciones correspondiente."

También debe entenderse hecha al mismo inciso noveno del citado artículo 13.

La indicación individualizada con el número 15, del H. Senador señor Bombal, intercala, a continuación del inciso séptimo de la letra c) del inciso tercero del artículo propuesto, el siguiente inciso nuevo:

"De la resolución que dicte el Ministro, podrá reclamarse dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro."

Al igual que las dos anteriores, en realidad incide en el inciso noveno ya mencionado.



Estas dos últimas indicaciones fueron tratadas conjuntamente y aprobadas refundidas y con modificaciones, de la forma que se consigna en el capítulo de modificaciones y en el texto del proyecto que proponemos al final.

Así, se extiende el derecho a reclamar de sanciones impuestas por la autoridad de Fonasa, a la de suspensión, al tiempo que, en el caso de multas, se limita a aquellas que excedan las 250 unidades de fomento. Se otorga un recurso jurisdiccional para reclamar ante la Corte de Apelaciones de las resoluciones que en estos casos adopte el Ministro de Salud, se indican normas mínimas de un procedimiento breve y se consigna expresamente que la interposición de reclamos administrativos o judiciales, en los casos de este inciso, no suspenden la aplicación de las sanciones.

Se aprobaron por unanimidad, por los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La indicación signada con el numeral 16, del H. Senador señor Boeninger, intercala, en el inciso noveno de la letra c) del inciso tercero del artículo propuesto, a continuación de la segunda oración, la siguiente, nueva: "De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva."

De manera similar a las anteriores, ésta debe entenderse hecha al inciso undécimo del artículo 13 propuesto en este numeral.

Fue aprobada por unanimidad, en la misma forma que las anteriores.

### Número 3

Sustituye el artículo 29 por el siguiente:

"Artículo 29.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C."

El artículo 29 vigente establece que para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior (que obliga a los afiliados a contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones, mediante pago directo), las personas afectas a esta

ley, se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley 18.020;

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de \$ 80.500.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$ 80.500 y no sobrepase los \$ 104.439.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual exceda de \$ 104.439.

Los valores que se indican en el inciso primero de este artículo, se reajustarán periódicamente en el porcentaje que fijen los Ministerios de Salud y de Hacienda y que no podrá ser superior a la variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que se estableció el último reajuste y el mes anterior a aquél en que entrará en vigencia el nuevo reajuste.

En este número inciden dos indicaciones.

La indicación identificada con el numeral 17, del H. Senador señor Boeninger, agrega al final del Grupo D del artículo propuesto, la frase "siempre que su ingreso no sea superior a 4 veces el mínimo."

Su autor la retiró.

La indicación número 18, del H. Senador señor Bombal, agrega al artículo propuesto los siguientes incisos nuevos:

"Con todo, le corresponderá a FONASA resolver acerca de la adscripción de una persona a algunos de los tramos a los que se refiere el inciso anterior, mediante resolución fundada. La resolución que para estos efectos se dicte será reclamable por el afectado, dentro del plazo de 10 días corridos contados desde su notificación personal, ante el Ministro de Salud. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un plazo no superior a treinta días corridos, contados desde la fecha de recepción de la reclamación.

De la resolución que dicte el Ministro, podrá reclamarse dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro."

Fue rechazada por tres votos en contra, de los HH. Senadores señores Ominami, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, y dos a favor, de los HH. Senadores señores Bombal y Ríos.

#### Número 4

Modifica el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustituye su inciso tercero por el siguiente:

"Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes



diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes."

b) Intercala, en su inciso final, entre la palabra "afiliado" y el punto aparte(.), la frase ", de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud".

El actual artículo 30 obliga al Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, a contribuir al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere esta ley, en un porcentaje del valor señalado en el arancel fijado en conformidad al artículo 28.

Dicho porcentaje se determinará, cada vez que así se requiera, por los Ministerios de Salud y de Hacienda; cubrirá el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B, y no podrá ser inferior al 75% respecto del grupo C, ni al 50% respecto del grupo D.

Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes a los señalados en el inciso precedente.

El porcentaje de contribución del Fondo a la atención del parto no podrá ser inferior al 75% para el grupo D.

La diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre el Fondo y el valor de la prestación será cubierta por el propio afiliado.

Con todo, el Director del Servicio de Salud podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado.

No fue objeto de indicaciones.

#### Número 5

Agrega al artículo 31 un inciso final, nuevo, que dispone que, con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los medios de cobro.

El artículo 31 al que se propone agregar el inciso final descrito, permite a los afiliados del Régimen solicitar al Fondo Nacional de Salud préstamos para financiar el valor de las prestaciones de salud que deban pagar, los que se otorgarán con cargo a un "Fondo de Préstamos Médicos" que se formará con los recursos que el artículo detalla.

No fue objeto de indicaciones.

#### Número 6

Sustituye el artículo 32 por otro que obliga al Fondo Nacional de Salud a determinar los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 29.

El Fondo Nacional de Salud podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de los documentos e instrumentos que permitan la identificación de los afiliados y beneficiarios, la venta, emisión y pago de los instrumentos que se utilicen para la atención de los mismos, y las acciones relacionadas con el otorgamiento y el cobro de los préstamos a que se refiere el artículo anterior. Para la ejecución de lo estipulado en estos convenios, el Fondo podrá facilitar, a cualquier título, a las entidades referidas, bienes muebles o inmuebles de su uso o propiedad, los que deberán ser utilizados por éstas, directa y exclusivamente, en el cumplimiento de los cometidos contratados.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere el artículo 29, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.

El artículo modificado, en términos generales, no difiere en la sustancia de la norma propuesta, la que busca aclarar y precisar la disposición en análisis.

No fue objeto de modificaciones.

#### Número 7

Suprime, en el inciso final del artículo 33, lo siguiente: ", durante el período de vigencia de la credencial,".

El artículo 33 establece qué se entenderá por ingreso mensual para efectos de clasificar a los afiliados en los distintos grupos que determinan los pagos que aquéllos han de solventar.

El inciso final que se viene modificando precisa que si durante el período de vigencia de la credencial los ingresos del afiliado experimentaren una variación que permitiera clasificarlo en un grupo diferente, deberá comunicar tal circunstancia al Fondo Nacional de Salud y éste lo reclasificará.

No fue objeto de indicaciones.

#### Artículo 3º

Modifica en la siguiente forma la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Isapres y regula las prestaciones otorgadas por dichas Instituciones:

Su literal a) agrega al artículo 22 los siguientes incisos cuarto, quinto y sexto:

"Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias de la ley N° 18.469 a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente

certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.

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 de salud convenido."

El artículo 22 vigente aclara que las instituciones tendrán por objeto exclusivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas, así como desarrollar las actividades que sean afines o complementarias de ese fin.

Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud creados en el decreto ley N° 2.763, del año 1979, para el otorgamiento de los beneficios pactados.

No obstante, podrán celebrar convenios que se refieran específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia, los que a su vez podrán comprender la realización de intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estos convenios podrán ser celebrados por cada Servicio de Salud con una o más Instituciones y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes. En todo caso, ni la celebración ni la ejecución de estos convenios podrá ser en detrimento de la atención de los beneficiarios legales, quienes tendrán siempre preferencia sobre cualquier otro paciente.

La Comisión, por unanimidad de los HH. Senadores presentes, señores Bombal, Ríos y Silva Cimma, acordó considerar en relación a esta letra del artículo 3° varias indicaciones parlamentarias complementarias de la misma, así como otra del Ejecutivo, contenida en el oficio aludido al tratar la indicación número 1. Ello en aplicación del inciso final del artículo 121 del Reglamento del Senado.

En definitiva, todas ellas fueron descartadas, menos una, de los HH. Senadores señores Silva Cimma y Ríos, inspirada en la indicación número 22, que el H. Senador señor Ríos hizo suya luego que fuera retirada por su autor.

Su tenor es el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.

En todo caso, las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.

Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares."

Fue incorporada a la letra a), como incisos séptimo, octavo y noveno, nuevos, respectivamente.

Votaron por aprobarla los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos y Silva Cimma, y por el rechazo el H. Senador señor Ruiz-Esquide.

En la letra a) del artículo 3° del proyecto recaen las indicaciones números 19, 19 bis y 22 del Boletín.

La indicación número 19, del H. Senador señor Bombal, reemplaza los incisos propuestos por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo anterior, para las atenciones de urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano y que no se presten en establecimientos no dependientes de la respectiva institución de salud previsional, el afectado podrá convenir una tarifa adicional que la Isapre estará obligada a ofrecer. En tal caso, la credencial respectiva deberá consignar tal circunstancia."

Fue retirada por su autor.

La indicación 19 bis, del mismo señor Senador, en subsidio de la anterior, sustituye los incisos propuestos por los siguientes:

"Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado a una Isapre podrá pactar una tarifa adicional que la Isapre está obligada a ofrecer, para tener acceso a prestaciones de urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, en las condiciones y centros médicos que la propia Isapre ofrezca y conocidos previamente por el afiliado.

En tales circunstancias, la Isapre garantizará el pago de las prestaciones hasta que el paciente se estabilice, de modo que se encuentre en condiciones de ser derivado a otro centro asistencial."."

Fue retirada por su autor.

La indicación numeral 22, del H. Senador señor Boeninger, agrega el siguiente inciso nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia o garantía que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo."

Fue retirada por su autor.

El literal b) del artículo 3° sustituye, en el segundo párrafo del inciso penúltimo del artículo 33, la frase que sigue a la mención "de la ley N° 18.469" hasta el punto aparte (.) por la siguiente: "a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 22, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente."

El actual artículo 33 se refiere al contrato que deben suscribir quienes deseen afiliarse a una Isapre con ésta y a las menciones esenciales que debe contener. El inciso penúltimo del artículo dispone que el cotizante de Isapre y las personas señaladas en el artículo 41 de la ley N° 18.933, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa de la ley N° 18.469, de acuerdo al artículo 26 de la misma, sujetos al arancel para personas no beneficiarias de dicha ley en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o 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 de la ley N° 18.469, salvo que, por existencia de convenio entre la Institución de Salud Previsional y el Servicio de Salud, dicho pago deba efectuarlo directamente aquélla.

En esta letra b) del artículo 3° en análisis, recae la indicación número 20, del H. Senador señor Bombal, para reemplazar la frase propuesta por la siguiente: "a menos que se encuentre en la situación prevista en el inciso cuarto del artículo 22, en cuya virtud existiendo previa estipulación entre el afiliado y la Institución de Salud Previsional, el pago deberá efectuarlo directamente la institución correspondiente."

Fue retirada por su autor.

A su turno, la indicación número 21, del H. Senador señor Bombal, incorpora una letra nueva al artículo 3°, que agrega a la ley N° 18.933 el siguiente artículo 42 bis, nuevo:

"Artículo 42 bis.- Los afiliados a las instituciones de salud previsional podrán solicitar a éstas, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deben pagar.

Los requisitos, garantías, intereses penales, plazos, recaudación, cobro y percepción de dividendos y las demás modalidades y condiciones del otorgamiento y servicio de estos préstamos, serán establecidos en el reglamento. Su pago se hará efectivo mediante descuentos en las remuneraciones o pensiones de los afiliados a requerimiento de la institución de salud previsional.

Lo retenido para el pago por el empleador o entidad pagadora de pensiones deberá ser enterado por éstos en la institución de salud dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las correspondientes remuneraciones o pensiones, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El no pago dentro del plazo precedente por el empleador o entidad pagadora de pensiones, les hará responsables de efectuar el entero de lo retenido considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Las liquidaciones de los créditos que practique la institución de salud previsional tendrán mérito ejecutivo y para el cobro de las cuotas impagas, y les será aplicable, en lo pertinente, lo establecido en los artículos 2 al 12, 14 y 18 de la ley N° 17.322."."

Fue retirada por su autor.

El artículo 3° fue puesto en votación y fue aprobado por unanimidad, por los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

#### Artículo 4°

Establece que a contar de la entrada en vigencia del presente proyecto como ley, no tendrán derecho a solicitar la cotización adicional prevista en el artículo 8° de la ley N° 18.566 los trabajadores dependientes que se incorporen al Sistema de Salud regulado por la ley N° 18.933, como, asimismo, quienes se encuentren afiliados a dicho sistema y no estén, a esa fecha, recibiendo tal cotización. No obstante, aquellos afiliados a una Institución de Salud Previsional que a la entrada en vigencia de esta ley se encontraren gozando de dicho subsidio, continuarán



percibiéndolo por el plazo y en los términos que se establecen en los incisos siguientes.

A contar del primer día del séptimo mes siguiente a aquél en que entre en vigencia este cuerpo legal, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los contratos de sus afiliados, en el mes que corresponda a la anualidad de cada contrato y de conformidad con los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de éstos en el artículo 38 de la ley N° 18.933, con el objeto de convertir el porcentaje de cotización adicional que esté percibiendo el afiliado a moneda corriente y, en su caso, ajustar dicho monto de modo que, sumado al de la cotización legal para salud, no exceda de 2,0 unidades de fomento. El monto de la cotización adicional, así expresado en pesos, deberá constar en cada contrato de salud. Para este fin, se deberá utilizar el valor que tenga la unidad de fomento el último día del mes anterior a aquel en el cual se modifique el contrato.

Una vez ajustada la cotización adicional del modo expresado, el monto resultante se mantendrá hasta el mes que corresponda a la tercera anualidad siguiente del correspondiente contrato de cada cotizante, no obstante cualquier variación que se produzca en su remuneración imponible o en el número de sus cargas familiares. Cumplidas dichas anualidades, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los aludidos contratos y suprimir definitivamente la cotización adicional, sujetándose a los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de aquéllos en el artículo 38 de la ley N° 18.933.

Los cotizantes que opten por cambiar de Institución de Salud Previsional, con posterioridad al proceso de conversión y ajuste regulado en el inciso segundo de este artículo, continuarán gozando de la cotización adicional, de acuerdo a lo establecido precedentemente, debiendo expresarse el monto de la cotización adicional resultante en el nuevo contrato de salud que se celebre. Asimismo, si el referido cambio se produce antes de la anualidad prevista para efectuar aquel proceso, éste deberá realizarse en el momento de la suscripción del nuevo contrato.

Del mismo modo, en el evento de que el afiliado que estuviere gozando de la cotización adicional contratare con un nuevo empleador, tendrá derecho a solicitar de este último la mantención del referido beneficio, en los términos y por los plazos precedentemente señalados.

Si, en virtud del ajuste dispuesto en el inciso segundo o de la revisión mencionada en el inciso tercero, la cotización legal para salud sumada a la adicional del artículo 8° de la ley N° 18.566 fuere insuficiente para financiar el precio del contrato, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al afiliado planes de salud alternativos, y éste tendrá la opción de aceptar alguno de ellos, desafiliarse o mantener el plan vigente, asumiendo el mayor valor que corresponda hasta completar el precio anteriormente pactado.

Resulta necesario tener a la vista el texto del aludido artículo 8°.

"Artículo 8°.- Los trabajadores dependientes tendrán derecho a solicitar a sus empleadores que les efectúen, de cargo de éstos, una cotización adicional de hasta 2% de sus remuneraciones imponibles, a la institución de salud previsional (ISAPRE) en que esté afiliado o se vaya a afiliarse, siempre que la cantidad que represente la cotización para la salud que legalmente le corresponde, sumada a la cotización adicional, no supere 1 Unidad de Fomento en el caso de trabajadores que no perciban asignación familiar, o esa cifra adicionada a 0,5 Unidades de Fomento por cada persona por la cual perciba asignación familiar y

tenga declarada o declare en la institución de salud previsional respectiva.

En todo caso, la suma de la cotización legal de salud y de la cotización adicional que se establece en este artículo no podrá ser superior a 4,2 Unidades de Fomento.

Los empleadores del sector privado tendrán derecho a deducir las cantidades mensuales que paguen por cotización adicional del monto de sus pagos provisionales obligatorios de la Ley sobre Impuesto a la Renta. El remanente que resultare de esta imputación, por ser inferior el pago provisional obligatorio o por no existir la obligación de hacerlo en dicho período, podrá imputarse a cualquier otro impuesto de retención o recargo que deba pagarse en la misma fecha, y el saldo que aún quedare podrá imputarse a los mismos impuestos en los meses siguientes reajustado en la forma que prescribe el artículo 27 del decreto ley N° 825, de 1974. El saldo que quedare una vez efectuadas las deducciones por el mes de diciembre de cada año, o el último mes en el caso de término de giro, tendrá el carácter de pago provisional de aquellos a que se refiere el artículo 88 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

El derecho concedido en el inciso anterior corresponderá también a las Universidades e Institutos Profesionales señalados en el artículo 99 de la ley N° 18.681.

La cotización adicional establecida en el inciso primero estará exenta de todo impuesto para el trabajador a cuyo beneficio se efectúa. Para el cálculo que requiere la aplicación de los 18681 incisos primero y segundo de este artículo, se deberá utilizar el valor que tenga la Unidad de Fomento el último día del mes anterior a aquel en el cual el trabajador se afilie a una Institución de Salud Previsional, o bien modifique su contrato vigente.

Efectuada dicha conversión, la cotización adicional así calculada, expresada como porcentaje de la renta imponible, se mantendrá por todos aquellos meses en que el Contrato de Salud Previsional se encuentre vigente y mientras él no se modifique.".

En este artículo inciden cuatro indicaciones.

La indicación número 23, del H. Senador señor Bombal, lo sustituye por el siguiente:

"Artículo 4°.- Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 8° de la ley N° 18.566:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Los trabajadores dependientes podrán solicitar a sus empleadores que les efectúen, de cargo de éstos, una cotización adicional de hasta un 2% de sus remuneraciones imponibles, a la Institución de Salud Previsional (ISAPRE) en que esté afiliado. Podrán optar a este beneficio, los trabajadores que acrediten cumplir con los requisitos para percibir asignación familiar, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley 150 de 1980. Dichos trabajadores accederán al subsidio previsto en esta disposición de acuerdo a su nivel de renta, teniendo como base los cuatro tramos establecidos para fijar los montos de las asignaciones familiares, establecidas en la ley 18.987, de conformidad con la siguiente escala:

1° tramo

UF 0,4 por carga

UF 0,5 por cotizante



2° tramo	UF 0,3 por carga	UF 0,5 por cotizante
3° tramo	UF 0,2 por carga	UF 0,5 por cotizante
4° tramo	UF 0 por carga	UF 0 por cotizante."

b) Intercálase el siguiente inciso segundo, pasando el actual a ser tercero y así sucesivamente:

"Las Instituciones de Salud Previsional que afilien a trabajadores que estén gozando de este subsidio deben otorgarles en sus contratos de salud beneficios cuyos copagos sean iguales o inferiores a los establecidos en el arancel del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el artículo 28 de la ley 18.469, nivel 1."."

Fue declarada inadmisibile, por ser materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación identificada con el número 24, del H. Senador señor Boeninger, lo reemplaza por el siguiente:

"Artículo 4°.- Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 8° de la ley N° 18.566:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

"Los trabajadores dependientes tendrán derecho a solicitar a sus empleadores que les efectúen de cargo de éstos una cotización mensual adicional de 0,15 U.F. mensuales siempre que su remuneración bruta no sea superior a 25 U.F. La cotización indicada se incrementará en 0.05 U.F. por cada persona por la cual perciba asignación familiar y tenga declarada o declare en la Institución de Salud Previsional respectiva, con un tope de 0,6 U.F."."

b) Intercálase el siguiente inciso tercero nuevo:

"Sólo tendrán derecho a solicitar la cotización adicional a que se refieren los incisos anteriores, el trabajador que contrate o haya contratado con una Institución de Salud Previsional un Plan de Salud que incluya al menos el listado de prestaciones básicas de Fonasa, las bonificaciones contempladas en el arancel de libre elección de Fonasa, las atenciones de urgencia y las atenciones con hospitalización. El copago por atenciones de urgencia y atenciones con hospitalización no podrá ser superior a 3 ingresos mínimos mensuales al año por cada atención otorgada."."

Fue declarada inadmisibile, por ser materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación número 25, del H. Senador señor Urenda, lo sustituye por el siguiente:

"Artículo 4°.- Sustitúyense los incisos primero y segundo del artículo 8° de la ley 18.566 por los siguientes:

"Los trabajadores dependientes que acrediten cumplir con los requisitos para percibir asignación familiar de acuerdo con lo dispuesto en el D.F.L. 150, de 1980, y cuyo ingreso mensual líquido no exceda de 40 U.F. mensuales, tendrán derecho a solicitar a sus empleadores que les efectúen, de cargo de éstos, una cotización adicional a la Institución de Salud Previsional (ISAPRE) en que estén afiliados, equivalente a 0,2 U.F. por carga de familia. Sin embargo, la asignación adicional no podrá exceder del 5% del ingreso mensual.

Las Instituciones de Salud Previsional que afilien a trabajadores que estén gozando de este subsidio deberán otorgarles, en sus contratos de salud,

beneficios cuyos copagos sean iguales o inferiores a los establecidos en el arancel del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el artículo 28 de la ley 18.469, nivel 1."."

Fue declarada inadmisibles, por ser materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación individualizada con el número 25 bis, del mismo señor Senador, en subsidio de la anterior, suprime los artículos 4º y 5º permanentes y 1º y 2º transitorios.

Fue declarada inadmisibles, por ser materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

El artículo 4º fue puesto en votación y fue aprobado por tres votos contra dos. Votaron por la afirmativa los HH. Senadores señores Ominami, Ruiz-Esquide y Silva Cimma y lo hicieron por la negativa los HH. Senadores señores Bombal y Ríos.

#### Artículo 5º

Señala que a contar del primer día del mes quincuagésimo cuarto siguiente al de la entrada en vigencia de esta ley, se entenderá derogado el artículo 8º de la ley N° 18.566 (ya descrito).

En este precepto recaen tres indicaciones.

Así, la indicación 25 bis, del H. Senador señor Urenda, la 26, del H. Senador señor Boeninger, y la 27, del H. Senador señor Bombal, todas para suprimirlo.

La primera, como se dijo, fue declarada inadmisibles. Las otras fueron rechazadas por tres votos contra dos. Estuvieron por el rechazo los HH. Senadores señores Ominami, Ruiz-Esquide y Silva Cimma, en tanto que por aprobarlas se manifestaron los HH. Senadores señores Bombal y Ríos.

#### Artículo 6º

Faculta al Presidente de la República, por el plazo de un año contado desde la fecha de la publicación del presente proyecto como ley, para crear, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, tres establecimientos de salud de carácter experimental, que a continuación se señalan: Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud de Peñalolén y Centro de Referencia de Salud de Maipú.

Los establecimientos experimentales a que se refiere el inciso anterior serán servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, distintos de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979. Por su carácter experimental, deberán estar sujetos a evaluación en los períodos y formas que el Presidente disponga. Además, estos establecimientos tendrán a su cargo, en el ámbito que se les determine, la ejecución de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas. También estarán sometidos a la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y estarán sujetos a las disposiciones del Código Sanitario. Asimismo, estarán sujetos a las políticas nacionales y normas técnicas del Ministerio de Salud.

Con todo, dichos establecimientos dependerán del Presidente de la República, para los efectos de someterse a la supervisión de su funcionamiento a través del Servicio de Salud respectivo.

Estos establecimientos deberán funcionar coordinados con el Servicio de Salud respectivo e integrados a la red asistencial, orientar su actividad hacia un continuo fortalecimiento y mejoramiento en la calidad, oportunidad y cobertura de las prestaciones que proporcionen a sus usuarios, en especial mediante el establecimiento de sistemas de gestión apropiados a estos fines y al eficiente empleo de los recursos de todo orden de que dispongan.

Con estos propósitos, el Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el cabal logro de los mismos, entre otras, las relativas a las siguientes materias:

a) Sistema de gestión por resultados de salud, que incluya fijación de objetivos y metas de producción de servicios y de gestión sanitaria y los correspondientes mecanismos de medición y evaluación de los mismos;

b) Responsabilidad del jefe superior y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos;

c) Mecanismos de participación de la población usuaria del servicio;

d) Establecimiento de niveles de dirección y de gerencia adecuados a una eficiente gestión;

e) Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del respectivo servicio, el que podrá ser diferenciado en atención a los estamentos y a las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes;

f) Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar, en todo caso, incentivos económicos y de otra naturaleza, asociados al desempeño individual y al logro de metas por unidades de gestión e institucionales;

g) Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia;

h) Bases de la organización de los servicios, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en la estructura y funcionamiento de los mismos;

i) Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios;

j) Establecimiento obligatorio de periódicas auditorías externas integrales de la gestión clínica y administrativa del servicio;

k) Facultades de celebración de convenios con prestadores públicos o privados de acciones de salud, relativos al objeto y naturaleza del respectivo servicio, y

l) Regulaciones para incorporar al régimen de que trata este artículo a aquellos establecimientos que se

encuentren en funciones al momento de la creación del servicio correspondiente, en especial en lo relativo a su personal y a sus recursos.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo a los recursos consignados en el presupuesto de los Servicios de Salud.

En este artículo inciden dos indicaciones.

La número 28, del H. Senador señor Bombal, reemplaza su inciso tercero por el siguiente:

"Con todo, dichos establecimientos se relacionarán con el Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervisión de su funcionamiento a través del Servicio de Salud respectivo."

Se trata de una adecuación al esquema fijado por la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

Fue aprobada por la unanimidad de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La indicación número 29, del mismo señor Senador, agrega el siguiente inciso nuevo:

"Transcurridos tres años de este sistema experimental y evaluadas las auditorias que deberán contratarse para cada año por cada establecimiento el Parlamento ratificará mediante ley todo el sistema propuesto a través del Decreto con Fuerza de Ley por el Presidente de la República."

Fue retirada por su autor.

Puesto en votación el artículo 6°, resultó aprobado por tres votos a favor, de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami y Ríos, y dos votos en contra, de los HH. Senadores señores Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

#### Artículo 7°

Prescribe que el mayor gasto que represente la aplicación de los artículos 1° y 2° de esta ley se financiará con los recursos contemplados en el presupuesto vigente para el Fondo Nacional de Salud.

No fue objeto de indicaciones.

o o o o o

La indicación número 30, del Presidente de la República, agrega al proyecto el siguiente artículo nuevo:

"Artículo ....- Deróganse las leyes N°s. 17.220, 17.222 y el artículo 12 de la ley N° 17.304 y los decretos leyes N° 915 de 1975 y N° 938 de 1975."

Cabe señalar que todas las normas que se derogan ponen nombre a distintos hospitales.

Se rechazó por unanimidad, con los votos de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

o o o o

### *ARTICULOS TRANSITORIOS*

#### Artículo 1º

Dispone que si con posterioridad a la fecha contemplada en el artículo 4º de este cuerpo legal, conforme al mecanismo tributario previsto en el artículo 8º de la ley N° 18.566 que se deroga, subsistieren para el empleador créditos pendientes en contra del Fisco por concepto de cotización adicional, éstos podrán descontarse de los pagos provisionales obligatorios sobre impuesto a la renta. El remanente que resultare de esta imputación, por ser inferior el pago provisional obligatorio o por no existir la obligación de hacerlo en dicho período, podrá imputarse a cualquier otro impuesto de retención o recargo que deba pagarse en la misma fecha y el saldo que aún quedare podrá imputarse a los mismos impuestos en los meses siguientes, reajustado en la forma que prescribe el artículo 27 del D.L. N° 825, de 1974.

El citado artículo 27 prescribe que para los efectos de imputar los remanentes de crédito fiscal a los débitos que se generen por las operaciones realizadas en los períodos tributarios inmediatamente siguientes, los contribuyentes podrán reajustar dichos remanentes, convirtiéndolos en unidades tributarias mensuales según su monto vigente a la fecha en que debió pagarse el tributo, y posteriormente reconvirtiendo el número de unidades tributarias así obtenido, al valor en pesos de ellas a la fecha en que se impute efectivamente dicho remanente.

Las diferencias de crédito fiscal que provengan de la no utilización oportuna por el contribuyente del mecanismo de reajuste antes señalado no podrán invocarse como crédito fiscal en períodos posteriores.

El Presidente de la República estará facultado para hacer extensiva la reajustabilidad anteriormente señalada, a las sumas que los contribuyentes hayan cancelado en exceso en un período tributario, en razón de cambio en las modalidades de declaración y pago del impuesto de esta ley.

En esta norma recae la indicación número 25 bis, del H. Senador señor Urenda, y la número 31, del H. Senador señor Bombal, ambas para suprimirla.

La primera, como se ha dicho, fue declarada inadmisibles. La otra fue rechazada por unanimidad, con los votos de los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

#### Artículo 2º

Establece que los nuevos contratos y las adecuaciones de los actuales, que se celebren a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán dar cumplimiento a lo prescrito por ésta.

En esta disposición recae la indicación número 25 bis, del H. Senador señor Urenda, para suprimirla. Como dijimos, fue declarada inadmisibles.

o o o o

Finalmente, la indicación número 32, del H. Senador señor Boeninger, consulta el siguiente artículo transitorio nuevo:

"Artículo ....- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º de esta ley, durante el primer año de vigencia de la misma se seguirá aplicando el texto del artículo 8º de la ley 18.566 vigente con anterioridad."

Se rechazó unánimemente, por los HH. Senadores señores Bombal, Ominami, Ríos, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

- - - - -

#### MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, vuestra Comisión de Salud os propone la aprobación de las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en general por el H. Senado:

#### Artículo 1º

##### Número 1

Agregar al final del segundo párrafo de la nueva letra d), la siguiente oración: "La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación a las iniciativas que con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia le sean propuestas por uno o más Servicios de Salud o por prestadores públicos individuales de salud.". (4 x 0)

- - - - -

Intercalar el siguiente número 2, nuevo, pasando los actuales números 2 a 7 a ser números 3 a 8, respectivamente:

"2.- Modifícase el artículo 16 de la siguiente forma:

a.- Sustitúyese la denominación "San Felipe-Los Andes" por "Aconcagua".

b.- Reemplázase la oración "Cuatro en la Región del Bío-Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío." por "Cinco en la Región del Bío-Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío-Bío."

c.- Sustitúyese la oración "Uno en la Región de la Araucanía: Araucanía." por "Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte.". (5 x 0)

- - - - -

##### Número 3

Como se dijo, ha pasado a ser número 4, con las siguientes enmiendas:

a) Agregar al final del tercer párrafo de la letra b) del artículo 27 que se propone, la siguiente oración: "Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.". (4 x 0)



b) Sustituir, en el segundo párrafo de la letra e) del artículo 27 que se propone, el vocablo “tarefas” por “funciones”. (5 x 0)

## Artículo 2º

### Número 2

Agregar, en la letra a) del inciso tercero del artículo 13 que se propone, las palabras “o urgencia”, a continuación del término “emergencia”, todas las veces que éste figura allí. (5 x 0)

Sustituir, en el inciso noveno del artículo 13 que se propone, la frase “que cancelen una inscripción o apliquen multas”, y la coma (,) escrita a continuación de ella, por “que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 Unidades de Fomento”. (5 x 0)

Suprimir, en el mismo inciso noveno, las palabras “en única instancia y”, escritas luego de la frase “el Ministro de Salud resolverá”. (5 x 0)

Incorporar al final del mismo inciso noveno, las siguientes oraciones: “De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.”. (5 x 0)

Intercalar, en el inciso undécimo del artículo 13 que se sustituye, luego de la oración que concluye “mediante resolución fundada.”, la siguiente: “De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva.”. (5 x 0)

## Artículo 3º

Reemplazar en el encabezamiento de la letra a) la expresión “incisos cuarto, quinto y sexto” por “incisos cuarto a noveno”. (5 x 0)

Adicionar a continuación de los tres incisos que se añaden al artículo 22, los siguientes, nuevos:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.

En todo caso, las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.

Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares.”. (4 x 1)º

## Artículo 6º

Sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“Con todo, dichos establecimientos se relacionarán con el Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervisión de su funcionamiento a través del Servicio de Salud respectivo.”. (5 x 0)

-----

En virtud de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue

"PROYECTO DE LEY:

**"Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:**

1.- Reemplázase, en la letra c) del inciso tercero del artículo 8º, el punto aparte (.) por la conjunción "y", antecedida de una coma (,), y agrégase, a continuación, la siguiente letra d), nueva:

"d) Administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la Ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el párrafo primero de esta letra. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación a las iniciativas que con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia le sean propuestas por uno o más Servicios de Salud o por prestadores públicos individuales de salud."

2.- Modifícase el artículo 16 de la siguiente forma:

a.- Sustitúyese la denominación "San Felipe-Los Andes" por "Aconcagua".

b.- Reemplázase la oración "Cuatro en la Región del Bío-Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío." por "Cinco en la Región del Bío-Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío-Bío.".

c.- Sustitúyese la oración "Uno en la Región de la Araucanía: Araucanía." por "Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte.".

3.- Modifícase el artículo 24 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra b) por la siguiente:

"b) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes, y con aquellos pagos que les efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;".

b) Agrégase la siguiente letra f), nueva:

"f) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.".

4.- Sustitúyese el artículo 27 por el siguiente:

"Artículo 27.- Serán funciones del Fondo:

a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 33 de la presente ley;

b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar, en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere la ley N° 18.469, por petición expresa del Subsecretario de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más Servicios de Salud. Las prestaciones susceptibles de incluir en estos convenios quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud, la que podrá ser modificada si las circunstancias así lo ameritan. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas. Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.

Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 13 de la ley N° 18.469;

c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de

presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado con el presupuesto global de salud;

d) Colaborar con el Subsecretario en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere la letra d) del inciso tercero del artículo 8° de esta ley, y

e) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, estarán obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna. Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deban ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependan o mediante el cual se encuentren vinculados con el gobierno.

Para efecto de lo dispuesto en la ley N° 17.322, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que esta ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún efecto."

5.- Modifícase el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Establecer la estructura y la organización interna del Fondo Nacional de Salud en los términos indicados en el artículo 31 de esta ley;"

b) Sustitúyese la letra h) por la siguiente:

"h) Celebrar, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, de empleadores o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas, organismos o entidades públicas y privadas nacionales y extranjeras;"

c) Sustitúyese la letra j) por la siguiente:

"j) Determinar, de entre los funcionarios del Fondo Nacional de Salud, los encargados de realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 17.322 y en el artículo 2° del decreto ley N° 1.526, de 1976, quienes, para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe;"

6.- Sustitúyese el artículo 31 por el siguiente:

"Artículo 31.- El Fondo Nacional de Salud estará organizado en departamentos; lo anterior es sin perjuicio de que el Fondo podrá desconcentrarse territorialmente.

En conformidad con lo establecido en el artículo 28 de la ley N° 18.575 y en la letra a) del artículo 30 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Fondo Nacional de Salud, así como los cometidos que correspondan a cada uno de los departamentos y las que les competan a las direcciones regionales o zonales para el ejercicio de las funciones asignadas al Fondo Nacional de Salud."

7.- Derógase el artículo 32.

8.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Los aportes que se consulten en la Ley anual de Presupuestos;".

b) Intercálanse las siguientes nuevas letras b) y c), pasando las actuales b), c), d), e), f) y g) a ser d), e), f), g), h) e i), respectivamente:

"b) Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del régimen de la ley N°18.469;

c) Las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del régimen de la ley N° 18.469;".

Artículo 2°.- Modifícase la ley N° 18.469 de la siguiente manera:

1.- Sustitúyense los incisos segundo y tercero del artículo 11 por los siguientes:

"Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.".

2.- Sustitúyese el artículo 13 por el siguiente:

"Artículo 13.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la



forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.



Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 Unidades de Fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contados desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contados desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 28 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme."

3.- Sustitúyese el artículo 29 por el siguiente:

"Artículo 29.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C."

4.- Modifícase el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso tercero por el siguiente:

"Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes."

b) Intercálase, en su inciso final, entre la palabra "afiliado" y el punto aparte(.), la frase ", de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud".

5.- Agrégase al artículo 31 el siguiente inciso final, nuevo:

"Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los medios de cobro."

6.- Sustitúyese el artículo 32 por el siguiente:

"Artículo 32.- El Fondo Nacional de Salud determinará los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 29.

El Fondo Nacional de Salud podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de los documentos e instrumentos que permitan la identificación de los afiliados y beneficiarios, la venta, emisión y pago de los instrumentos que se utilicen para la atención de los mismos, y las acciones relacionadas con el otorgamiento y el cobro de los préstamos a que se refiere el artículo anterior. Para la ejecución de lo estipulado en estos convenios, el Fondo podrá facilitar, a cualquier título, a las entidades referidas, bienes muebles o inmuebles de su uso o propiedad, los que deberán ser utilizados por

éstas, directa y exclusivamente, en el cumplimiento de los cometidos contratados.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere el artículo 29, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud."

7.- Suprímese, en el inciso final del artículo 33, la siguiente frase: ", durante el período de vigencia de la credencial,".

Artículo 3º.- Modifícase la ley N° 18.933 en la siguiente forma:

a) Agréganse al artículo 22 los siguientes incisos cuarto a noveno:

"Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias de la ley N° 18.469 a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.

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 de salud convenido.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.

En todo caso, las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.

Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares."

b) Sustitúyese, en el segundo párrafo del inciso penúltimo del artículo 33, la frase que sigue a la mención "de la ley N° 18.469" hasta el punto aparte (.) por la siguiente: "a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 22, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente."

Artículo 4º.- A contar de la entrada en vigencia de la presente ley, no tendrán derecho a solicitar la cotización

adicional prevista en el artículo 8° de la ley N° 18.566 los trabajadores dependientes que se incorporen al Sistema de Salud regulado por la ley N° 18.933, como, asimismo, quienes se encuentren afiliados a dicho sistema y no estén, a esa fecha, recibiendo tal cotización. No obstante, aquellos afiliados a una Institución de Salud Previsional que a la entrada en vigencia de esta ley se encontraren gozando de dicho subsidio, continuarán percibiéndolo por el plazo y en los términos que se establecen en los incisos siguientes.

A contar del primer día del séptimo mes siguiente a aquél en que entre en vigencia este cuerpo legal, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los contratos de sus afiliados, en el mes que corresponda a la anualidad de cada contrato y de conformidad con los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de éstos en el artículo 38 de la ley N° 18.933, con el objeto de convertir el porcentaje de cotización adicional que esté percibiendo el afiliado a moneda corriente y, en su caso, ajustar dicho monto de modo que, sumado al de la cotización legal para salud, no exceda de 2,0 unidades de fomento. El monto de la cotización adicional, así expresado en pesos, deberá constar en cada contrato de salud. Para este fin, se deberá utilizar el valor que tenga la unidad de fomento el último día del mes anterior a aquel en el cual se modifique el contrato.

Una vez ajustada la cotización adicional del modo expresado, el monto resultante se mantendrá hasta el mes que corresponda a la tercera anualidad siguiente del correspondiente contrato de cada cotizante, no obstante cualquier variación que se produzca en su remuneración imponible o en el número de sus cargas familiares. Cumplidas dichas anualidades, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los aludidos contratos y suprimir definitivamente la cotización adicional, sujetándose a los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de aquéllos en el artículo 38 de la ley N° 18.933.

Los cotizantes que opten por cambiar de Institución de Salud Previsional, con posterioridad al proceso de conversión y ajuste regulado en el inciso segundo de este artículo, continuarán gozando de la cotización adicional, de acuerdo a lo establecido precedentemente, debiendo expresarse el monto de la cotización adicional resultante en el nuevo contrato de salud que se celebre. Asimismo, si el referido cambio se produce antes de la anualidad prevista para efectuar aquel proceso, éste deberá realizarse en el momento de la suscripción del nuevo contrato.

Del mismo modo, en el evento de que el afiliado que estuviere gozando de la cotización adicional contratare con un nuevo empleador, tendrá derecho a solicitar de este último la mantención del referido beneficio, en los términos y por los plazos precedentemente señalados.

Si, en virtud del ajuste dispuesto en el inciso segundo o de la revisión mencionada en el inciso tercero, la cotización legal para salud sumada a la adicional del artículo 8° de la ley N° 18.566 fuere insuficiente para financiar el precio del contrato, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al afiliado planes de salud alternativos, y éste tendrá la opción de aceptar alguno de ellos, desafiliarse o mantener el plan vigente, asumiendo el mayor valor que corresponda hasta completar el precio anteriormente pactado.

Artículo 5°.- A contar del primer día del mes quincuagésimo cuarto siguiente al de la entrada en vigencia de esta ley, se entenderá derogado el artículo 8° de la ley N° 18.566.

Artículo 6°.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año contado desde la fecha de la publicación de la presente ley, para crear, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, tres establecimientos de salud de carácter experimental, que a continuación se señalan: Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud de Peñalolén y Centro de Referencia de Salud de Maipú.

Los establecimientos experimentales a que se refiere el inciso anterior serán servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, distintos de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979. Por su carácter experimental, deberán estar sujetos a evaluación en los períodos y formas que el Presidente disponga. Además, estos establecimientos tendrán a su cargo, en el ámbito que se les determine, la ejecución de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas. También estarán sometidos a la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y estarán sujetos a las disposiciones del Código Sanitario. Asimismo, estarán sujetos a las políticas nacionales y normas técnicas del Ministerio de Salud.

Con todo, dichos establecimientos se relacionarán con el Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervisión de su funcionamiento a través del Servicio de Salud respectivo.

Estos establecimientos deberán funcionar coordinados con el Servicio de Salud respectivo e integrados a la red asistencial, orientar su actividad hacia un continuo fortalecimiento y mejoramiento en la calidad, oportunidad y cobertura de las prestaciones que proporcionen a sus usuarios, en especial mediante el establecimiento de sistemas de gestión apropiados a estos fines y al eficiente empleo de los recursos de todo orden de que dispongan.

Con estos propósitos, el Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el cabal logro de los mismos, entre otras, las relativas a las siguientes materias:

a) Sistema de gestión por resultados de salud, que incluya fijación de objetivos y metas de producción de servicios y de gestión sanitaria y los correspondientes mecanismos de medición y evaluación de los mismos;

b) Responsabilidad del jefe superior y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos;

c) Mecanismos de participación de la población usuaria del servicio;

d) Establecimiento de niveles de dirección y de gerencia adecuados a una eficiente gestión;

e) Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del respectivo servicio, el que podrá ser diferenciado en atención a los estamentos y a las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes;

f) Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar, en todo caso, incentivos económicos y de otra naturaleza, asociados al desempeño



individual y al logro de metas por unidades de gestión e institucionales;

g) Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia;

h) Bases de la organización de los servicios, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en la estructura y funcionamiento de los mismos;

i) Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios;

j) Establecimiento obligatorio de periódicas auditorías externas integrales de la gestión clínica y administrativa del servicio;

k) Facultades de celebración de convenios con prestadores públicos o privados de acciones de salud, relativos al objeto y naturaleza del respectivo servicio, y

l) Regulaciones para incorporar al régimen de que trata este artículo a aquellos establecimientos que se encuentren en funciones al momento de la creación del servicio correspondiente, en especial en lo relativo a su personal y a sus recursos.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo a los recursos consignados en el presupuesto de los Servicios de Salud.

Artículo 7°.- El mayor gasto que represente la aplicación de los artículos 1° y 2° de esta ley se financiará con los recursos contemplados en el presupuesto vigente para el Fondo Nacional de Salud.

#### ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo 1°.- Si, con posterioridad a la fecha contemplada en el artículo 4° de este cuerpo legal, conforme al mecanismo tributario previsto en el artículo 8° de la ley N° 18.566 que se deroga, subsistieren para el empleador créditos pendientes en contra del Fisco por concepto de cotización adicional, éstos podrán descontarse de los pagos provisionales obligatorios sobre impuesto a la renta. El remanente que resultare de esta imputación, por ser inferior el pago provisional obligatorio o por no existir la obligación de hacerlo en dicho período, podrá imputarse a cualquier otro impuesto de retención o recargo que deba pagarse en la misma fecha y el saldo que aún quedare podrá imputarse a los mismos impuestos en los meses siguientes, reajustado en la forma que prescribe el artículo 27 del decreto ley N° 825, de 1974.

Artículo 2°.- Los nuevos contratos y las adecuaciones de los actuales, que se celebren a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán dar cumplimiento a lo prescrito por ésta.".

-----

Acordado en sesiones de fechas 6 y 13 de octubre de 1999, con asistencia de los HH. Senadores señores Carlos Bombal Otaegui (Presidente), Carlos Ominami Pascual (Jaime Gazmuri Mujica, Sergio Páez Verdugo), Mario Ríos Santander, Mariano Ruiz-Esquide Jara y Enrique Silva Cimma.

Sala de la Comisión, a 15 de octubre de 1999.



(FDO.): FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA RECAÍDO EN EL PROYECTO  
DE LEY DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS QUE PERFECCIONA NORMAS  
DEL ÁREA DE LA SALUD  
(2132-11)

HONORABLE SENADO:

**Vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de informaros el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que perfecciona normas del área de la salud, iniciado en Mensaje del Presidente de la República.**

Para el despacho de esta iniciativa legal, se ha declarado la urgencia constitucional, calificándola de “discusión inmediata”.

A la sesión en que vuestra Comisión analizó el proyecto asistieron, además de sus miembros, el H. Senador señor Mariano Ruiz-Esquide; el Ministro de Salud, señor Alex Figueroa; el Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud, señor Pablo Ortiz; el Jefe del Área Legislativa del mismo Ministerio, señor Milenko Mihovilovic; el Jefe del Departamento de Estudios del citado Ministerio, señor José Pablo Gómez; el Director de Fonasa, señor Rony Lenz; la fiscal de la Superintendencia de Isapres, señora Andrea Muñoz, y el Asesor de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, señor Marcelo Tokman .

- - - -

Para los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado y sólo en relación a las indicaciones conocidas por la Comisión de Hacienda, se deja constancia de lo siguiente:

- I.- Indicación aprobada sin modificaciones: 2.
- II. -Indicaciones rechazadas: 3; 4; 6; 7; 26; 27; 31 y 32.
- III.- Indicación retirada: 5.
- IV.- Indicación declarada inadmisibile: 11.

- - - -

A continuación se hace una breve referencia de las indicaciones consideradas y de los artículos en los que recaen:

#### Artículo 1º

##### Indicación Número 2

De S.E. el Presidente de la República, para modificar de la siguiente forma el artículo 16 del D.L. N°. 2763, de 1979:

- a) Sustituye la denominación “San Felipe-Los Andes” por “Aconcagua”.
- b) Reemplaza la oración “Cuatro en la Región del Bío-Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío.” por “Cinco en la Región del Bío-Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío-Bío.”.

c) Sustituye la oración "Uno en la Región de la Araucanía: Araucanía." por "Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte."."

- Puesta en votación esta indicación, fue aprobada sin modificaciones, por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, HH. Senadores señores Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley, Jovino Novoa y Francisco Prat.

#### Indicaciones Números 3 y 4

De los HH. Senadores señor Boeninger, y señor Bombal, para suprimir, en el párrafo segundo de la letra f) del artículo 27 que se propone en el número 3 del artículo 1° del proyecto, las frases "por petición expresa del Subsecretario de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más Servicios de Salud", y la coma (,) que las precede.

El Número 3 del artículo 1° del proyecto reemplaza el artículo 27 del D.L. N° 2.763, de 1979, que indica las funciones del Fondo Nacional de Salud.

Al Fondo le corresponde, al tenor de la letra b), de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud contenido en la ley N° 18.469, financiar la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema, pudiendo incluirse dentro de este financiamiento el costo de la reposición del capital.

El párrafo segundo de la letra en comento agrega que la Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere la ley N° 18.469, por petición expresa del Subsecretario de Salud y prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más de los Servicios de Salud. Estas prestaciones quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud la que podrá ser modificada si las circunstancias así lo ameritan. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Director de Fonasa, señor Rony Lenz, explicó que esta norma tiene por objetivo otorgar estabilidad en el largo plazo a los planes de compra del Fondo. Dada la magnitud de FONASA y considerando el tipo de decisiones que se canalizarán a través de esta facultad de compra de servicios, sin esta atribución al Subsecretario podrían producirse alteraciones fuertes en la asignación de recursos de los dos sectores.

El Subsecretario de Salud es el encargado del programa de inversión ministerial, por lo que es importante que el Director de Fonasa coordine con él la política de compra del Fondo.

El Presidente de la Comisión, H. Senador señor Alejandro Foxley, consultó la razón por la cual esta facultad no es ejercida por el Ministro de Salud, haciendo presente que en el caso de las subcontrataciones existirá una responsabilidad política del Ministro, que es indelegable.

Por su parte, el H. Senador señor Edgardo Boeninger manifestó que habría una contradicción porque existe una resolución anual del Ministerio, de la que es responsable el Ministro; sin embargo, en esta norma el Ministro entrega su aceptación formal a una petición del Subsecretario que es su subalterno, por lo que propuso que esta acción correspondiera al Ministro.

En seguida, el Ministro de Salud, señor Alex Figueroa, señaló que esta norma apunta a la necesidad de hacer operativa la facultad de Fonasa de pactar convenios con el área privada en la modalidad institucional, con un fondo especial de hasta un 10% de dicha modalidad; el conjunto de prestaciones estarán anualmente definidas en una resolución del Ministerio; quienes manejan las ofertas del sector público son los Servicios de Salud. El sistema público funciona como una gran economía de escala, por lo que produce una serie de prestaciones a bajo costo, pero al mismo tiempo tiene una gran demanda, que eventualmente puede estar insatisfecha y Fonasa puede negociarla con el sector privado.

El H. Senador señor Edgardo Boeninger precisó que esta facultad debe detentarla el Ministro de Salud, quien puede delegarla en el Subsecretario, con lo cual no se afecta la jerarquía.

Finalmente, el Ministro de Salud comprometió la presentación de una Indicación por parte del Ejecutivo para encargar esta función al Ministro de Salud, en lugar del Subsecretario de Salud, sin perjuicio de señalar que, de acuerdo a las normas de funcionamiento del Sistema de Salud, esta atribución corresponde al Subsecretario.

- Puestas en votación estas indicaciones, fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley, Jovino Novoa y Francisco Prat.

#### Indicación Número 5

Del H. Senador señor Boeninger, para suprimir, en el mismo párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 que se propone, la penúltima oración, que dice: "Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469."

El H. Senador señor Edgardo Boeninger expresó que lo lógico es que la norma general sea el arancel de FONASA. Sin embargo, puede suceder que pagar un 5% o 10% más sea conveniente y que no se pueda aceptar porque la ley lo impide.

El H. Senador señor Francisco Prat coincidió con el criterio del H. Senador señor Edgardo Boeninger, en cuanto a que la norma puede quedar con una rigidez inconveniente. Sin embargo, la flexibilidad se puede asegurar a través de la exigencia de una resolución fundada y con la debida publicidad.

El Director de Fonasa, señor Rony Lenz, expresó que la redacción actual de la norma consagra que no exista discriminación de precios en atención a la propiedad del prestador. Los elementos de discriminación contenidos en el arancel, son los relativos a zonas geográficas, normas técnicas, oportunidad, y calidad.

El H. Senador señor Jovino Novoa señaló que la facultad para firmar convenios tiende a solucionar distintos casos, pudiendo haber ofertas a precios más bajos que el arancel. Una de las hipótesis es que el Sistema no tenga la capacidad para ofrecer una prestación determinada y ello puede deberse a que el arancel no cubre los gastos. Luego, de no considerarse la posibilidad de que se pueda hacer un convenio por sobre el arancel, no se tiene la capacidad de cubrir esa hipótesis. Esto puede condicionarse a la dictación de una resolución fundada que modifique el arancel.

El H. Senador señor Edgardo Boeninger expresó que, de producirse la situación recurrente de que sólo se encuentre oferta a precios superiores al arancel, éste debería aumentarse.

El H. Senador señor Sergio Bitar manifestó que las condiciones en que el arancel puede modificarse deben ser establecidas en forma específica; debe fijarse un plazo determinado, y hacerse por resolución fundada.

A continuación, el Director de Fonasa, señor Rony Lenz, manifestó que en el evento de que Fonasa pagara precios diferenciados y más altos al sector privado, los convenios perderían legitimidad ante el sector público y, por lo tanto, el tema del 10% de compra sería de discusión política. La nivelación de precios otorga estabilidad a los contratos celebrados con el sector privado. Además, entrega señales de largo plazo, para que se desarrollen industrias privadas complementarias a la actividad del Fondo.

En seguida, el H. Senador señor Sergio Bitar señaló que se debe buscar la forma de evitar que vía regulación de precios del sistema se provoque un desabastecimiento generalizado. Para ello, la única forma posible es que se permita exceder hasta en un 10% el arancel, de manera fundada, para una determinada prestación y por un plazo limitado; si las condiciones varían en forma permanente, el Fonasa debe modificar su arancel.

El Ministro de Salud, señor Alex Figueroa, explicó que esta norma contiene una señal hacia el sector público de salud en el sentido de que se le quiere fortalecer. Una norma que borre el límite superior entrega una señal contraria. Por otro lado, la fijación anual de precios permite regular el resto del mercado, y si de alguna forma se permite que el sistema público compre afuera a precios superiores a los del sector público, al cabo de un tiempo se hará una oferta para aumentarlos nuevamente.

La norma actual representa una forma conveniente de contener los costos de todo el sistema de salud, público y privado, por lo que la que se propone no sería conveniente. Informó que el 10% representa aproximadamente 50 mil millones de pesos anuales, y todo el programa de oportunidad de atención y de cobertura de enfermedades de costo catastrófico del Fondo Nacional de Salud cuesta entre 13 y 15 mil millones de pesos.

- En definitiva, esta indicación fue retirada por su autor.

#### Indicaciones Números 6 y 7

La primera es del H. Senador señor Bombal, para suprimir, en el mismo párrafo segundo de la letra f) del artículo 27 propuesto, la oración final "En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional."

La segunda, del H. Senador señor Boeninger, es para sustituir, en el mismo párrafo segundo, la oración final por la siguiente: "La Ley de Presupuestos determinará anualmente el porcentaje máximo permitido del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional."

La Comisión acordó tratar en conjunto estas indicaciones.

- La indicación N° 6 fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley, Jovino Novoa y Francisco Prat.

- La indicación N° 7 fue aprobada con los votos de los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley y con los votos en contra de los HH. Senadores señores Jovino Novoa y Francisco Prat.

Con posterioridad, habiendo expresado el señor Ministro de Salud dudas acerca de la constitucionalidad de la indicación número 7, se acordó por unanimidad reabrir el debate y, con igual votación, ella fue rechazada.

## Indicación Número 11

Del H. Senador señor Bombal, para agregar al número 7 del artículo 1º del proyecto una letra nueva que incorpora dos incisos finales al artículo 33 del D.L. N° 2.763, de 1979, del siguiente tenor:

"Los recursos a los que se refiere la letra a) sólo se destinarán para financiar las prestaciones de las personas indigentes y para complementar el financiamiento de cotizantes de rentas bajas. Por su parte, los recursos a los que alude la letra b) se destinarán para financiar las prestaciones de los beneficiarios del sistema que coticen.

En el mes de marzo de cada año, el Director del Fondo Nacional de Salud deberá remitir al Ministro de Hacienda un informe sobre la distribución de los recursos a los que se refiere la letra a) de este artículo. Copia del referido informe deberá enviarse a las Comisiones de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados dentro del primer semestre del año respectivo.".

El número 7 del artículo 1º modifica el artículo 33 del D.L.Nº 2.763, de 1979, que señala los recursos del Fondo; entre ellos los siguientes: aportes que se consultan en la ley anual de presupuestos; recursos destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados; frutos de los bienes propios y el producto de la enajenación de los mismos; bienes muebles e inmuebles que adquiera por donaciones, herencias o legados, o por cualquier otro título; participaciones, contribuciones arbitrios, subvenciones u otros recursos que le corresponda percibir; empréstitos y créditos internos y externos que contrate el Fondo de acuerdo con la ley, y los demás recursos que establezcan las leyes.

- Esta indicación fue declarada inadmisibles por el Presidente de la Comisión en consideración a lo establecido en el inciso tercero del artículo 62 de la Constitución Política de la República, por cuanto incide en normas de administración presupuestaria.

El artículo 3º del proyecto modifica la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, de la siguiente forma:

Su letra a) agrega al artículo 22 unos incisos cuarto, quinto y sexto nuevos, con los cuales se procura poner fin a la práctica del cheque en garantía.

El inciso cuarto que se agrega dispone que en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado y pueda ser derivado a otro establecimiento asistencial. En caso de no existir convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias de la ley N° 18.469 a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente pagadas.

El inciso quinto que se agrega preceptúa que lo dispuesto en el inciso anterior será también aplicable a las atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. En este caso, el valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado, y en caso de no existir convenio se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.

El inciso sexto añade que en las situaciones indicadas en los incisos anteriores las instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.



El H. Senador señor Edgardo Boeninger recordó que durante la discusión de este tema en la Comisión de Salud de esta Corporación se consideraron diversas fórmulas para posibilitar la facultad de las Instituciones de Salud Previsional de repetir en contra de los afiliados por los gastos en que hubieren incurrido, eliminando la exigencia del cheque en garantía.

La Comisión de Salud aprobó en definitiva una indicación que agrega los tres incisos que se consignan en seguida, a continuación de los que la letra a) del artículo 3° del proyecto añade al artículo 22 de la ley N° 18.933:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores las Instituciones de Salud Previsional podrán incluir en los planes de salud que ofrezcan, cláusulas de salvaguardia que aseguren un proceso expedito de cobranza al afiliado de las sumas que procedan en virtud de la aplicación del presente artículo.

En todo caso las Instituciones de Salud Previsional y sus afiliados podrán convenir otras fórmulas de pago distintas a las precedentes.

Para todos los efectos del sistema de salud se declara que ninguna de estas fórmulas permitirá exigencias al afiliado de cheques en garantía u otros instrumentos financieros con propósitos similares”.

El H. Senador señor Edgardo Boeninger expresó que de acuerdo a las disposiciones propuestas en el proyecto, a los prestadores les pagará la Isapre. El problema es cómo lograr un sistema eficaz que permita a la Isapre recuperar su crédito y, que al mismo tiempo, no la exponga a ella ni al afiliado a la contingencia de un juicio ordinario; además, se debe evitar que el afiliado se vea abocado a problemas de financiamiento que por plazos, tasas de interés y garantías exigidas le resulte más dañino que el cheque en garantía.

El H. Senador señor Jovino Novoa expresó que hay dos principios en juego: uno, la exigencia misma de un cheque, que de acuerdo a nuestra legislación genera una acción penal y no es una garantía; dos, frente a una emergencia no se puede dejar de prestar el auxilio al cual están obligados los profesionales y los establecimientos de salud. Para evitar el problema es necesario prohibir la exigencia del cheque, sancionar a quien lo exija y hacerlo en forma extensiva a personas afiliadas a Isapres, a Fonasa o no afiliadas a ningún sistema.

En seguida, el señor Senador manifestó sus dudas respecto de la conveniencia de incluir en un proyecto de este tipo temas relativos al otorgamiento de un crédito.

El señor Ministro de Salud expresó que la preocupación del Ejecutivo no es el documento en garantía sino asumir el hecho de que las Isapres están obligadas a financiar las urgencias, especialmente cuando hay riesgo vital o riesgo para una o más funciones vitales.

El Presidente de la Comisión, H. Senador señor Alejandro Foxley, señaló que este proyecto de ley subsana el problema de las deudas que mantienen las Isapres con los hospitales. Sin embargo, debe resguardarse la posibilidad de que las Isapres puedan cobrar el servicio prestado. Si se establece que el servicio se presta a todo evento, sin cobro, se encarecerá el costo de todos los planes de salud.

El H. Senador señor Francisco Prat manifestó que esta situación también debe solucionarse respecto de los afiliados a Fonasa, a los que también se exige cheque en garantía.

La Fiscal de la Superintendencia de Isapres, señora Andrea Muñoz, explicó que de acuerdo a la indicación presentada por el Ejecutivo se trata de que lo pagado por la Isapre

por sobre el plan de salud tiene que ser recuperado. De ello se siguen dos riesgos: que se recupere llevándolo a precio en los planes, o que se establezcan mecanismos leoninos, como el cheque en garantía. Resulta importante regular la recuperación por la vía de entender que se ha otorgado un préstamo al afiliado, que debe pagarlo mensualmente, mediante descuento por planilla, con un límite de interés corriente, con un tope respecto de la renta imponible. Con esto se obtiene, además, que el afiliado no tenga la percepción de gratuidad en la atención y que contribuya a controlar eventuales abusos por parte del prestador que sabe asegurado el pago total. Si el afiliado tiene conciencia de que estará obligado a la deuda ejercerá el contrapeso necesario para que no se le cobre de más.

El H. Senador señor Mariano Ruiz-Esquide recordó que durante la discusión en la Comisión de Salud se concordó en que las normas para los afiliados a Fonasa tienen que ser iguales a las de los cotizantes de Isapres, quedando pendiente el tema de las personas sin previsión.

Respecto de la posibilidad de que el valor de los planes de salud aumente, el señor Senador expresó que es un riesgo y es por ello que las Isapres serán cuidadosas en seleccionar los convenios que celebren y llegará el momento en que las clínicas tendrán que regular sus precios por condiciones de mercado. Para el cobro posterior, Fonasa tiene un sistema de préstamos que ha funcionado en forma adecuada.

Como corolario del debate que queda suscintamente consignado, la Comisión acordó, por unanimidad, tratar la indicación del Ejecutivo contenida en el número 6) del oficio N° 69-341 citado mas arriba, la que aprobó con modificaciones propuestas por los HH. Senadores señores Boeninger y Novoa.

Ella propone agregar en la letra a) del artículo 3° del proyecto, a continuación del último de los incisos que ese literal inserta en el artículo 22 de la ley N° 18.933, los siguientes incisos nuevos:

"Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir de los usuarios cheques en garantía u otros instrumentos financieros, o condicionar de cualquier otra forma la atención de emergencia o urgencia.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la Isapre ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Isapre.

Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 18.010. 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. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.

Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad

pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 30 y 31 de esta ley.

Para el sólo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 31, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la ley N° 17.322.

Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.

Facúltase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Isapres otorguen a sus afiliados.".

- La Comisión la aprobó por unanimidad, en reemplazo de los incisos incorporados en la misma letra a) por la Comisión de Salud, con los votos de los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley, Jovino Novoa y Francisco Prat.

----

A consecuencia de lo anterior, la Comisión de Hacienda recabó del Ejecutivo el acuerdo para consagrar igual normativa respecto de los afiliados a Fonasa que incurren en la misma situación que para los de las Isapres se regulan en estos preceptos. El propósito es impedir también en ese ámbito la exigencia del cheque en garantía.

El Ejecutivo acogió la petición y formuló esa y otras indicaciones sugeridas por diversos miembros de la Comisión, mediante el oficio N° 75-341, de 13 del mes en curso, que se agrega a los antecedentes de este proyecto.

Esas indicaciones son las siguientes:

Artículo 1°

Número 3

b) del artículo 27, nuevo, la palabra "Subsecretario" por "Ministro".

Para incorporar en el inciso segundo de la letra

b), del artículo 27, nuevo, a continuación de la frase "y normas señaladas en la ley 18.469", y después del punto seguido (.), la frase siguiente: "Sólo en casos excepcionales, por resolución

fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicha ley .".

## Artículo 2º

### Número 1

Para agregar en el artículo 11, a continuación de los incisos sustituidos, el siguiente inciso final, nuevo:

"Con todo, 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 hallan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el D.L.Nº 2.763, de 1979. En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, cheques en garantía u otros instrumentos financieros, 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.".

### Número 5

Para sustituirlo, por el siguiente:

"5. Modifícase el artículo 31 de la siguiente manera:

a) Agrégase, al final del inciso primero, la siguiente frase final:

"Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurrido treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.".

b) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro.".

- Fueron todas aprobadas por unanimidad, por los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger, Alejandro Foxley, Jovino Novoa y Francisco Prat, con enmiendas formales menores.

----

El artículo 4º del proyecto pone fin paulatinamente al subsidio de 2% establecido como cotización adicional para salud. Su contenido está suficientemente descrito en el informe de la Comisión técnica, al cual nos remitimos.

El H. Senador señor Edgardo Boeninger, refiriéndose a las indicaciones números 23, 24, y 25, que fueran declaradas inadmisibles en la Comisión de Salud, señaló que ellas proponen una tabla según la cual el subsidio disminuye a medida que se eleva el

nivel de ingreso. Agregó el señor Senador que podría corregirse el subsidio, eliminándose su regresividad, y también podría resultar conveniente condicionarlo a que la Isapre ofrezca a sus afiliados un plan de salud que expresamente contemple urgencias y enfermedades de costo catastrófico, y no discrimine a las personas de la tercera edad.

No hay razón para que personas de clase media modesta no puedan acceder a un subsidio público, tal como sucede en los sectores de vivienda y educación y, desde este punto de vista, manifestó el señor Senador que objeta su supresión en el área de la salud.

Agregó su Señoría que existe consenso en el sentido de que el subsidio del 2% es inconveniente, además, porque se entrega sin que exista un plan de cobertura mínima garantizado.

Anunció que en la presente instancia apoyará este artículo 4º, sin perjuicio de lo cual se reservó el derecho para cambiar su opción en la Sala, si no hay correcciones en lugar de eliminación.

El H. Senador señor Jovino Novoa expresó que, reconociendo la existencia de un problema derivado de la regresividad del subsidio, lo que puede ser corregido, prefiere mantenerlo en lugar de eliminarlo, porque son muchas más personas las que se benefician con él que aquellas que obtienen un beneficio que podría no corresponderles.

El H. Senador señor Francisco Prat manifestó que la regresividad de este subsidio es bastante acotada, sin perjuicio de lo cual la norma puede ser perfeccionada, por lo que resulta preferible mantenerlo.

El Ministro de Salud, señor Alex Figueroa, recordó que este subsidio fue creado para incentivar a las personas a trasladarse de Fonasa al sistema privado de salud, cuando las tasas de afiliación al sistema de Isapres eran bajas. A diferencia de este subsidio, el de carácter habitacional está focalizado de manera correcta, en las personas que tienen menores recursos, no discrimina entre personas de igual situación socio-económica y se sabe con certeza a qué se aplica.

Si el subsidio del 2% resolviera los problemas de salud de la tercera edad, de las enfermedades de costo catastrófico y los planes que discriminan a las mujeres, podría suceder que el Ejecutivo considerara su mantención. Hasta hoy no ha habido por parte de las Isapres un gesto en la dirección de hacerse cargo de los problemas señalados, por lo que en concepto del Ejecutivo es preferible la eliminación gradual de este subsidio.

El H. Senador señor Jovino Novoa manifestó que si mediante la supresión de este subsidio del 2% se solucionaran todos los problemas indicados, se sumaría a su eliminación. Sin embargo, no existe ninguna relación entre las situaciones indicadas y el subsidio, porque su objetivo fue permitir a personas de bajos ingresos afiliarse al sistema de Isapres por considerarlo mejor. Si ello no fuere así, sería necesario establecer exigencias respecto de las Isapres, en el sentido de que no puedan hacer ofertas inferiores a las de Fonasa.

- Puesto en votación el artículo 4º, fue aprobado con los votos de los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger y Alejandro Foxley y con los votos en contra de los HH. Senadores señores Jovino Novoa y Francisco Prat.

#### Indicaciones Números 26 y 27

De los HH. Senadores señores Edgardo Boeninger y Carlos Bombal, proponen suprimir el artículo 5º del proyecto.

El H. Senador señor Edgardo Boeninger expresó que habiéndose aprobado el artículo 4º debería mantenerse el artículo 5º, el cual dispone que a contar del primer día del mes quincuagésimo cuarto siguiente al de la entrada en vigencia de esta iniciativa legal, se entenderá derogado el artículo 8º de la ley N° 18.566.

- Puestas en votación estas indicaciones, fueron rechazadas con los votos de los HH. Senadores señores Sergio Bitar y Edgardo Boeninger y con el voto a favor del H. Senador señor Francisco Prat.

#### Indicación Número 31

Del H. Senador señor Carlos Bombal, para suprimir el artículo 1º transitorio.

El artículo 1º transitorio dispone que, en el evento de que con posterioridad a la fecha contemplada para la entrada en vigencia de la ley, subsistieren para el empleador créditos pendientes en contra del Fisco por concepto de cotización adicional, podrán descontarse de los pagos provisionales obligatorios sobre impuesto a la renta. Agrega que el remanente que resultare de esta imputación, por ser inferior el pago provisional o por no existir la obligación de hacerlo en dicho período, podrá imputarse a cualquier otro impuesto de retención o recargo que deba pagarse en la misma fecha, y el saldo que aún quedare podrá imputarse a los mismos impuestos en los meses siguientes, reajustado en la forma que prescribe el artículo 27 del D.L. N° 825, de 1974.

- Puesta en votación esta indicación, fue rechazada con los votos de los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Edgardo Boeninger y Alejandro Foxley; y con los votos a favor de los HH. Senadores señores Jovino Novoa y Francisco Prat.

#### Indicación Número 32

Del H. Senador señor Edgardo Boeninger, para consultar el siguiente artículo transitorio nuevo:

“Artículo -Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º de esta ley, durante el primer año de vigencia de la misma se seguirá aplicando el texto del artículo 8º de la ley 18.566 vigente con anterioridad.”.

- Esta indicación fue rechazada por cuatro votos, de los HH. Senadores señores Sergio Bitar, Alejandro Foxley, Jovino Novoa, Francisco Prat y con la abstención de su autor.

- - -

## FINANCIAMIENTO

Según el informe financiero proporcionado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, esta iniciativa modifica el régimen legal aplicable al Fondo Nacional de Salud (FONASA) dotándolo de mayores facultades para administrar el financiamiento de las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios.

Se elimina gradualmente la cotización adicional del 2%, contemplada en el artículo 8ª de la Ley N° 18.566. Una vez eliminado completamente el subsidio, transcurridos cuatro años y medio después de publicada la ley, se dispondría de mayores ingresos por \$11.080 millones anuales, cifra que corresponde al monto utilizado como crédito por los empleadores en 1997.

Por otra parte, la eliminación del 2%, provocará el traslado de beneficiarios desde las Isapre hacia Fonasa lo que implica mayores ingresos por cotizaciones y



mayores gastos por atención de salud. Dice la Dirección de Presupuestos que no es posible prever con certeza el efecto neto que ello tendrá.

Por concepto de redefinición del sistema de clasificación en grupos de salud, establecidos por el artículo 29 de la ley N° 18.469, el proyecto no generó mayor gasto en 1998. Se estima un mayor gasto de \$318 millones para el año en curso y de \$635 millones para el año 2000 y siguientes.

El mayor gasto que signifique este proyecto se financiará con cargo al presupuesto del Fondo Nacional de Salud.

En consecuencia, vuestra Comisión de Hacienda ha despachado este proyecto debidamente financiado, por lo cual sus normas no producirán desequilibrios presupuestarios ni incidirán negativamente en la economía del país.

- - - -

#### MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones anteriores, vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de proponeros que aprobéis el proyecto de ley despachado por la Comisión de Salud de este Senado con las siguientes modificaciones:

#### Artículo 1°

##### Número 4

Sustituir en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 nuevo, la palabra "Subsecretario" por "Ministro".

Incorporar en el mismo párrafo, luego de la oración que concluye con la frase "y normas señaladas en la ley N° 18.469.", la siguiente, nueva: "Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicha ley."

#### Artículo 2°

##### Número 1

Agregar a continuación del tercero de los incisos que allí se sustituyen, el siguiente, nuevo:

"Con todo, 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 hallan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el D.L. N° 2.763, de 1979. En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, cheques en garantía u otros instrumentos financieros, 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."

##### Número 5

Reemplazarlo por el siguiente:

“5.- Modifícase el artículo 31 de la siguiente manera:

a) Agrégase, al final del inciso primero, la siguiente frase final:

“Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.”.

b) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

“Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro.”.

### Artículo 3º

Reemplazar en el encabezamiento de la letra a) la expresión “incisos cuarto, quinto y sexto” por “incisos cuarto a décimo cuarto”.

Reemplazar los incisos séptimo, octavo y noveno que se agregan al artículo 22 de la ley N° 18.933 en la letra a), por los siguientes:

“Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir de los usuarios cheques en garantía u otros instrumentos financieros, o condicionar de cualquier otra forma la atención de emergencia o urgencia.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la Isapre ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Isapre.

Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6º de la ley N° 18.010. 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. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.

Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad

pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 30 y 31 de esta ley.

Para el sólo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 31, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la ley N° 17.322.

Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.

Facúltase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Isapres otorguen a sus afiliados.".

- - - -

#### PROYECTO DE LEY

De ser aprobadas las modificaciones propuestas el proyecto de ley queda como sigue:

"Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1.- Reemplázase, en la letra c) del inciso tercero del artículo 8°, el punto aparte (.) por la conjunción "y", antecedida de una coma (,), y agrégase, a continuación, la siguiente letra d), nueva:

"d) Administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la Ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el párrafo primero de esta letra. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación a las iniciativas que con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia le sean propuestas por uno o más Servicios de Salud o por prestadores públicos individuales de salud.".

2.- Modifícase el artículo 16 de la siguiente forma:

a.- Sustitúyese la denominación "San Felipe-Los Andes" por "Aconcagua".

b.- Reemplázase la oración "Cuatro en la Región del Bío-Bío: Concepción-Arauco, Talcahuano, Ñuble, Bío-Bío." por "Cinco en la Región del Bío-Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío-Bío.".

c.- Sustitúyese la oración "Uno en la Región de la Araucanía: Araucanía." por "Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte.".

3.- Modifícase el artículo 24 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra b) por la siguiente:

"b) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes, y con aquellos pagos que les efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;".

b) Agrégase la siguiente letra f), nueva:

"f) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.".

4.- Sustitúyese el artículo 27 por el siguiente:

"Artículo 27.- Serán funciones del Fondo:

a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 33 de la presente ley;

b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar, en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere la ley N° 18.469, por petición expresa del Ministro de Salud y, prioritariamente, de acuerdo con las necesidades y oportunidad que manifiesten uno o más Servicios de Salud. Las prestaciones susceptibles de incluir en estos convenios quedarán taxativamente establecidas en una resolución anual del Ministerio de Salud, la que podrá ser modificada si las

circunstancias así lo ameritan. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en la ley N° 18.469. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicha ley. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas. Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.

Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 13 de la ley N° 18.469;

c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado con el presupuesto global de salud;

d) Colaborar con el Subsecretario en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere la letra d) del inciso tercero del artículo 8° de esta ley, y

e) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, estarán obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna. Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deban ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependan o mediante el cual se encuentren vinculados con el gobierno.

Para efecto de lo dispuesto en la ley N° 17.322, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que esta ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún efecto."

5.- Modifícase el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

"c) Establecer la estructura y la organización interna del Fondo Nacional de Salud en los términos indicados en el artículo 31 de esta ley;"

b) Sustitúyese la letra h) por la siguiente:

"h) Celebrar, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, de empleadores o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas, organismos o entidades públicas y privadas nacionales y extranjeras;"

c) Sustitúyese la letra j) por la siguiente:

"j) Determinar, de entre los funcionarios del Fondo Nacional de Salud, los encargados de realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 17.322 y en el artículo 2° del decreto ley N° 1.526, de 1976, quienes, para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe;"

6.- Sustitúyese el artículo 31 por el siguiente:

"Artículo 31.- El Fondo Nacional de Salud estará organizado en departamentos; lo anterior es sin perjuicio de que el Fondo podrá desconcentrarse territorialmente.

En conformidad con lo establecido en el artículo 28 de la ley N° 18.575 y en la letra a) del artículo 30 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Fondo Nacional de Salud, así como los cometidos que correspondan a cada uno de los departamentos y las que les competan a las direcciones regionales o zonales para el ejercicio de las funciones asignadas al Fondo Nacional de Salud."

7.- Derógase el artículo 32.

8.- Modifícase el artículo 33 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Los aportes que se consulten en la Ley anual de Presupuestos;"

b) Intercálanse las siguientes nuevas letras b) y c), pasando las actuales b), c), d), e), f) y g) a ser d), e), f), g), h) e i), respectivamente:

"b) Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del régimen de la ley N°18.469;

c) Las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que



ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del régimen de la ley N° 18.469;".

Artículo 2°.- Modifícase la ley N° 18.469 de la siguiente manera:

1.- Sustitúyense los incisos segundo y tercero del artículo 11 por los siguientes:

"Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.

Con todo, 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 hallan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el D.L. N° 2.763, de 1979. En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, cheques en garantía u otros instrumentos financieros, 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."

2.- Sustitúyese el artículo 13 por el siguiente:

"Artículo 13.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o

urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por

resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 Unidades de Fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contados desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contados desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 28 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.".

3.- Sustitúyese el artículo 29 por el siguiente:

"Artículo 29.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores

mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C."

4.- Modifícase el artículo 30 de la siguiente manera:

a) Sustitúyese su inciso tercero por el siguiente:

"Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes."

b) Intercálase, en su inciso final, entre la palabra "afiliado" y el punto aparte(.), la frase ", de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud".

5.-Modifícase el artículo 31 de la siguiente manera:

a) Agrégase, al final del inciso primero, la siguiente frase:

"Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto."

b) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro."

6.- Sustitúyese el artículo 32 por el siguiente:

"Artículo 32.- El Fondo Nacional de Salud determinará los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 29.

El Fondo Nacional de Salud podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de los documentos e instrumentos que permitan la identificación de los afiliados y beneficiarios, la venta, emisión y pago de los instrumentos que se utilicen para la atención de los mismos, y las acciones relacionadas con el otorgamiento y el cobro de los préstamos a que se refiere el artículo anterior. Para la ejecución de lo estipulado en estos convenios, el Fondo podrá facilitar, a cualquier título, a las entidades referidas, bienes muebles o inmuebles de su uso o propiedad, los que deberán ser utilizados por éstas, directa y exclusivamente, en el cumplimiento de los cometidos contratados.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere el artículo 29, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud."

7.- Suprímese, en el inciso final del artículo 33, la siguiente frase: ", durante el período de vigencia de la credencial,".

Artículo 3º.- Modifícase la ley N° 18.933 en la siguiente forma:

a) Agréganse al artículo 22 los siguientes incisos cuarto a décimo cuarto:

"Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias de la ley N° 18.469 a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.

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 de salud convenido.

Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir de los usuarios cheques en garantía u otros instrumentos financieros, o condicionar de cualquier otra forma la atención de emergencia o urgencia.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la Isapre ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Isapre.



Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 18.010. 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. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques en garantía.

Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 30 y 31 de esta ley.

Para el sólo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 31, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la ley N° 17.322.

Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.

Facúltase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Isapres otorguen a sus afiliados.".

b) Sustitúyese, en el segundo párrafo del inciso penúltimo del artículo 33, la frase que sigue a la mención "de la ley N° 18.469" hasta el punto aparte (.) por la siguiente: "a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 22, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.".

Artículo 4°.- A contar de la entrada en vigencia de la presente ley, no tendrán derecho a solicitar la cotización adicional prevista en el artículo 8° de la ley N° 18.566 los trabajadores dependientes que se incorporen al Sistema de Salud regulado por la ley N° 18.933, como, asimismo, quienes se encuentren afiliados a dicho sistema y no estén, a esa fecha, recibiendo tal cotización. No obstante, aquellos afiliados a una Institución de Salud Previsional que a la entrada en vigencia de esta ley se encontraren gozando de dicho subsidio, continuarán percibiéndolo por el plazo y en los términos que se establecen en los incisos siguientes.



A contar del primer día del séptimo mes siguiente a aquél en que entre en vigencia este cuerpo legal, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los contratos de sus afiliados, en el mes que corresponda a la anualidad de cada contrato y de conformidad con los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de éstos en el artículo 38 de la ley N° 18.933, con el objeto de convertir el porcentaje de cotización adicional que esté percibiendo el afiliado a moneda corriente y, en su caso, ajustar dicho monto de modo que, sumado al de la cotización legal para salud, no exceda de 2,0 unidades de fomento. El monto de la cotización adicional, así expresado en pesos, deberá constar en cada contrato de salud. Para este fin, se deberá utilizar el valor que tenga la unidad de fomento el último día del mes anterior a aquel en el cual se modifique el contrato.

Una vez ajustada la cotización adicional del modo expresado, el monto resultante se mantendrá hasta el mes que corresponda a la tercera anualidad siguiente del correspondiente contrato de cada cotizante, no obstante cualquier variación que se produzca en su remuneración imponible o en el número de sus cargas familiares. Cumplidas dichas anualidades, las Instituciones de Salud Previsional deberán revisar los aludidos contratos y suprimir definitivamente la cotización adicional, sujetándose a los plazos y procedimientos previstos para la adecuación de aquéllos en el artículo 38 de la ley N° 18.933.

Los cotizantes que opten por cambiar de Institución de Salud Previsional, con posterioridad al proceso de conversión y ajuste regulado en el inciso segundo de este artículo, continuarán gozando de la cotización adicional, de acuerdo a lo establecido precedentemente, debiendo expresarse el monto de la cotización adicional resultante en el nuevo contrato de salud que se celebre. Asimismo, si el referido cambio se produce antes de la anualidad prevista para efectuar aquel proceso, éste deberá realizarse en el momento de la suscripción del nuevo contrato.

Del mismo modo, en el evento de que el afiliado que estuviere gozando de la cotización adicional contratare con un nuevo empleador, tendrá derecho a solicitar de este último la mantención del referido beneficio, en los términos y por los plazos precedentemente señalados.

Si, en virtud del ajuste dispuesto en el inciso segundo o de la revisión mencionada en el inciso tercero, la cotización legal para salud sumada a la adicional del artículo 8° de la ley N° 18.566 fuere insuficiente para financiar el precio del contrato, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al afiliado planes de salud alternativos, y éste tendrá la opción de aceptar alguno de ellos, desafiliarse o mantener el plan vigente, asumiendo el mayor valor que corresponda hasta completar el precio anteriormente pactado.

Artículo 5°.- A contar del primer día del mes quincuagésimo cuarto siguiente al de la entrada en vigencia de esta ley, se entenderá derogado el artículo 8° de la ley N° 18.566.

Artículo 6°.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año contado desde la fecha de la publicación de la presente ley, para crear, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, tres establecimientos de salud de carácter experimental, que a continuación se señalan: Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud de Peñalolén y Centro de Referencia de Salud de Maipú.

Los establecimientos experimentales a que se refiere el inciso anterior serán servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, distintos de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979. Por su carácter experimental, deberán estar sujetos a evaluación en los períodos y formas que el Presidente disponga. Además, estos establecimientos tendrán a su cargo, en el ámbito que se les determine, la ejecución de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas. También estarán sometidos a la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y estarán sujetos a las disposiciones del Código Sanitario. Asimismo, estarán sujetos a las políticas nacionales y normas técnicas del Ministerio de Salud.

Con todo, dichos establecimientos se relacionarán con el Presidente de la República, a través del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervisión de su funcionamiento a través del Servicio de Salud respectivo.

Estos establecimientos deberán funcionar coordinados con el Servicio de Salud respectivo e integrados a la red asistencial, orientar su actividad hacia un continuo fortalecimiento y mejoramiento en la calidad, oportunidad y cobertura de las prestaciones que proporcionen a sus usuarios, en especial mediante el establecimiento de sistemas de gestión apropiados a estos fines y al eficiente empleo de los recursos de todo orden de que dispongan.

Con estos propósitos, el Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el cabal logro de los mismos, entre otras, las relativas a las siguientes materias:

a) Sistema de gestión por resultados de salud, que incluya fijación de objetivos y metas de producción de servicios y de gestión sanitaria y los correspondientes mecanismos de medición y evaluación de los mismos;

b) Responsabilidad del jefe superior y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos;

c) Mecanismos de participación de la población usuaria del servicio;

d) Establecimiento de niveles de dirección y de gerencia adecuados a una eficiente gestión;

e) Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del respectivo servicio, el que podrá ser diferenciado en atención a los estamentos y a las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes;

f) Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán consultar, en todo caso, incentivos económicos y de otra naturaleza, asociados al desempeño individual y al logro de metas por unidades de gestión e institucionales;

g) Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia;

h) Bases de la organización de los servicios, las que deberán consultar criterios de flexibilidad en la estructura y funcionamiento de los mismos;

i) Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios;

j) Establecimiento obligatorio de periódicas auditorías externas integrales de la gestión clínica y administrativa del servicio;

k) Facultades de celebración de convenios con prestadores públicos o privados de acciones de salud, relativos al objeto y naturaleza del respectivo servicio, y

l) Regulaciones para incorporar al régimen de que trata este artículo a aquellos establecimientos que se encuentren en funciones al momento de la creación del servicio correspondiente, en especial en lo relativo a su personal y a sus recursos.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo a los recursos consignados en el presupuesto de los Servicios de Salud.

Artículo 7°.- El mayor gasto que represente la aplicación de los artículos 1° y 2° de esta ley se financiará con los recursos contemplados en el presupuesto vigente para el Fondo Nacional de Salud.

#### ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo 1°.- Si, con posterioridad a la fecha contemplada en el artículo 4° de este cuerpo legal, conforme al mecanismo tributario previsto en el artículo 8° de la ley N° 18.566 que se deroga, subsistieren para el empleador créditos pendientes en contra del Fisco por concepto de cotización adicional, éstos podrán descontarse de los pagos provisionales obligatorios sobre impuesto a la renta. El remanente que resultare de esta imputación, por ser inferior el pago provisional obligatorio o por no existir la obligación de hacerlo en dicho período, podrá imputarse a cualquier otro impuesto de retención o recargo que deba pagarse en la misma fecha y el saldo que aún quedare podrá imputarse a los mismos impuestos en los meses siguientes, reajustado en la forma que prescribe el artículo 27 del decreto ley N° 825, de 1974.

Artículo 2°.- Los nuevos contratos y las adecuaciones de los actuales, que se celebren a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán dar cumplimiento a lo prescrito por ésta."

----

Acordado en sesión realizada con fecha 13 de octubre de 1999, con asistencia de los HH. Senadores señores Alejandro Foxley Rioseco (Presidente), Sergio Bitar Chacra, Edgardo Boeninger Kausel, Jovino Novoa Vásquez y Francisco Prat Alemparte.

Sala de la Comisión, a 15 de octubre de 1999.

(FDO.): FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario

INFORME DE LA COMISIÓN DE RELACIONES EXTERIORES RECAÍDO EN EL  
PROYECTO DE ACUERDO QUE APRUEBA EL ACUERDO ENTRE CHILE Y LA  
REPÚBLICA CHECA SOBRE COOPERACIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL TERRORISMO  
INTERNACIONAL, LA ACTIVIDAD DELICTUAL INTERNACIONAL ORGANIZADA Y EL  
TRÁFICO ILÍCITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y  
SUSTANCIAS RADIATIVAS  
(2307-10)

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Relaciones Exteriores tiene el honor de informaros respecto del proyecto de acuerdo -en segundo trámite constitucional, e iniciado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República- individualizado en el rubro.

-----

#### Antecedentes

S.E. el Presidente de la República, en el Mensaje con que dio inicio a la tramitación legislativa del proyecto de acuerdo en informe, señala que el Tratado, que fue suscrito en el marco de la visita de Estado que realizó a nuestro país S.E. el Presidente de la República Checa, Vaclav Havel, tiene por objetivo asegurar eficazmente la coordinación en la lucha contra el terrorismo internacional, la actividad delictual internacional organizada y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias radiactivas, sobre la base de los principios de igualdad, reciprocidad y mutuo beneficio.

El Mensaje destaca, asimismo, que la cooperación que se establece a través del presente instrumento internacional implica reforzar las acciones del Gobierno en la lucha contra el crimen organizado y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Por otra parte, cabe hacer presente que los Acuerdos suscritos por Chile en estas materias se han basado, principalmente, en el Convenio sobre Comunicación de Antecedentes Penales y de Información sobre Condenas Judiciales por Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 1984; en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 1988; en la Convención Internacional contra la Toma de Rehenes, de 1979, y en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación, de 1989.

En el ámbito de la referida Convención de las Naciones Unidas, Chile ha suscrito diversos acuerdos bilaterales de cooperación y coordinación en la lucha contra el narcotráfico, en términos similares a los del Tratado en informe, a saber, con Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Paraguay, etc.

Fuera del marco de la citada Convención de 1988, Chile ha celebrado acuerdos relativos a estas materias con El Salvador, Israel, Italia, Jamaica y Uruguay. En el Tratado con Italia, el intercambio de informaciones también se conviene en el área de la lucha contra el narcotráfico, el terrorismo y la criminalidad organizada, tal como ocurre en el Convenio que se os informa.

-----

## Descripción del Acuerdo

El instrumento internacional sobre el que recae el proyecto de acuerdo en informe consta de un breve Preámbulo y trece artículos, el contenido fundamental de los cuales os reseñaremos a continuación:

En primer término, las Partes Contratantes se obligan a cooperar, de acuerdo con sus respectivas legislaciones internas, en la lucha contra las actividades que se busca enfrentar a través del Convenio, así como también en la detección y el enjuiciamiento de otras formas de actos delictuales relacionados con la materia del Acuerdo. (artículo 1).

Con el objeto de prevenir las actividades terroristas, las Partes intercambiarán información y antecedentes sobre aquellas planificadas o ejecutadas, los métodos y técnicas utilizados para realizarlas, la identidad de los grupos terroristas y sus miembros. También se darán a conocer sus experiencias en el área de la seguridad del transporte aéreo y marítimo, con el propósito de mejorar el nivel de protección de los puertos y aeropuertos. (artículo 2).

En lo relativo a la detección y prevención de la actividad delictual organizada, el artículo 3 señala que las Partes intercambiarán información sobre las personas que participen en ella, acerca de la organización de estos grupos, su comportamiento típico, el tiempo, lugar y forma de cometer dicha actividad, así como de los objetos que sean blanco de estos ataques. Asimismo, compartirán información y experiencias acerca de los métodos y formas de las actividades delictuales que se extiendan más allá de sus fronteras, así como antecedentes respecto de los resultados de la investigación criminal y criminológica de la criminalidad, el tipo de indagaciones, los métodos de trabajo y los medios utilizados.

Para el cumplimiento de lo anterior, cada Parte se obliga a adoptar, a petición de la Otra, las medidas policiales necesarias, de acuerdo con su legislación interna.

A su turno, el artículo 4 prescribe que para prevenir, controlar y sancionar adecuadamente el cultivo, producción, elaboración y tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la adquisición de precursores y sustancias químicas esenciales para la elaboración ilegal de estupefacientes y posterior aprovechamiento del producto de los delitos enunciados, las Partes Contratantes colaborarán en la prevención, detección e investigación de delitos criminales relacionados con dicho tráfico, e intercambiarán información sobre las personas que participen en aquellos hechos delictuales, sus escondites, medios de transporte, modos de actuar, los lugares de origen y destino de las referidas sustancias, las formas utilizadas para llevar a cabo el tráfico ilícito internacional, así como cualquier otra información relacionada con esta materia.

Además, se proporcionarán recíprocamente muestras de nuevos estupefacientes y sustancias psicotrópicas de origen vegetal o sintético.

Por último, adoptarán medidas coordinadas con el objeto de evitar la producción y transporte ilícitos de las sustancias descritas.



A continuación, el Tratado precisa que la cooperación entre las Partes Contratantes incluye, entre otras cosas, el intercambio de especialistas para que estudien en los establecimientos educacionales de la otra Parte Contratante, con el fin de mejorar sus conocimientos en la materia, y el intercambio de experiencias en la difusión pública de estos temas, en especial, con respecto a la cooperación con los medios de comunicación. (artículo 5).

El artículo 6 aclara que, a solicitud de una de las Partes Contratantes, la otra Parte proporcionará información relacionada con la materia del presente Acuerdo. La tramitación de aquélla se hará de acuerdo con la legislación interna de la Parte Contratante requerida.

No obstante, cada Parte podrá rechazar, parcial o totalmente, la solicitud formulada, si considera que acceder a la misma amenazará la seguridad o algún interés importante del Estado o si el requerimiento fuere incompatible con su legislación interna o con los compromisos que se deriven de tratados internacionales que sean vinculantes para ella. En todo caso, las Partes se informarán a la mayor brevedad sobre el rechazo de una solicitud o sobre su cumplimiento parcial.

Por su lado, el artículo 7 subraya que la información que se remita en virtud de este Acuerdo deberá mantenerse bajo estricta confidencialidad, salvo que la Parte que la haya entregado autorice a la Parte requirente para proporcionarla a un tercer Estado.

Los gastos derivados de la cooperación en virtud del Convenio serán de cargo de cada Parte Contratante, a menos que ellas acuerden otra cosa. (artículo 9).

Las autoridades pertinentes de cualquiera de las Partes Contratantes organizarán reuniones, que se celebrarán alternadamente en el territorio de cada Estado, con el objeto de analizar los avances de la cooperación que se establece en el presente Acuerdo. (artículo 11).

Luego, el artículo 12 precisa que este Tratado no afectará los compromisos asumidos por las Partes Contratantes, que se originen de tratados internacionales bilaterales o multilaterales, de los cuales la República Checa o la República de Chile sean partes.

Por último, el artículo 13 prescribe que el presente Acuerdo estará supeditado a las formalidades de aprobación interna de cada Parte Contratante, y entrará en vigor en la fecha de entrega, por la vía diplomática, de la última Nota en que una Parte comunique a la Otra tal aprobación.

El Convenio podrá ser modificado por acuerdo mutuo de las Partes y tales modificaciones entrarán en vigor de conformidad con lo señalado en el párrafo anterior.

La norma precisa, finalmente, que el Tratado se celebra por plazo indefinido, y podrá ser denunciado por cualquiera de las Partes Contratantes, dando aviso por escrito. En tal caso, el Acuerdo quedará sin efecto seis meses después de la entrega de dicho aviso a la otra Parte Contratante por la vía diplomática.

-----

#### Votación

Vuestra Comisión, una vez analizadas las diversas normas del Acuerdo en informe, acogió la iniciativa que tuvisteis a bien encomendar a su estudio, en general y particular.

En consecuencia, vuestra Comisión de Relaciones Exteriores tiene el honor de proponeros, por la unanimidad de sus miembros presentes, HH. Senadores señores Horvath, Martínez, Romero y Valdés, que aprobéis el proyecto de acuerdo en informe en los mismos términos en que lo hizo la Honorable Cámara de Diputados.

-----

Acordado en sesión de fecha 13 de octubre de 1999, con asistencia de los Honorables Senadores señores Gabriel Valdés Subercaseaux (Presidente), Antonio Horvath Kiss, Jorge Martínez Busch y Sergio Romero Pizarro.

Sala de la Comisión, a 15 de octubre de 1999.

(FDO.): SERGIO SEPÚLVEDA GUMUCIO  
Secretario