

REPÚBLICA DE CHILE



CÁMARA DE DIPUTADOS

LEGISLATURA 348^a, EXTRAORDINARIA

Sesión 36^a, en miércoles 18 de diciembre de 2002
(Ordinaria, de 11.38 a 14.48 horas)

Presidencia de la señora Muñoz D'Albora, doña Adriana,
y del señor Salas de la Fuente, don Edmundo.

Secretario accidental, el señor Álvarez Álvarez, don Adrián.

**PUBLICACIÓN OFICIAL
REDACCIÓN DE SESIONES**

ÍNDICE

- I.- ASISTENCIA
- II.- APERTURA DE LA SESIÓN
- III.- ACTAS
- IV.- CUENTA
- V.- HOMENAJE
- VI.- ORDEN DEL DÍA
- VII.- PROYECTOS DE ACUERDO
- VIII.- INCIDENTES
- IX.- DOCUMENTOS DE LA CUENTA
- X.- OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. Asistencia	7
II. Apertura de la sesión	11
III. Actas	11
IV. Cuenta	11
- Permiso constitucional	11
- Réplica a reportaje de canal de televisión. (Aplicación del artículo 34 del Reglamento de la Corporación)	11
V. Homenaje.	
- Homenaje en memoria del ex diputado don Ángel Fantuzzi Hernández	14
VI. Orden del Día.	
- Establecimiento de la obligatoriedad y gratuidad en la educación media. Reforma constitucional. Primer trámite constitucional	22
- Regulación de derechos y deberes de las personas en materia de salud. Primer trámite constitucional	31
VII. Proyectos de acuerdo	47
- Petición para dejar sin efecto cese de entrega de leche a menores de seis años	48
- Remisión de proyecto para ampliar giro de la Empresa de Correos de Chile..	51
VIII. Incidentes.	
- Exigencia de cumplimiento de Convenio para la promoción y protección de inversiones chilenas en Perú. Oficio	55
- Deficiencia en administración de servicio de ambulancias en provincia de Biobío. Oficio.....	56
- Incumplimiento de Convenio para la promoción y protección de inversiones mutuas por parte de Perú. Oficio.....	57
- Definición de política en materia de instalación de antenas celulares. Oficio.	58
- Información sobre concesión de la Empresa de Servicios Sanitarios del Maule, Essam, y del destino de los recursos obtenidos. Oficios	60
- Construcción de caminos laterales en comuna de Chimbarongo. Oficio.....	61
- Revisión de autorización de instalación de antena de telefonía celular en población de la Sexta Región. Oficio.....	62
- Réplica a alusión del diputado señor Juan Masferrer.....	62

	Pág.
- Antecedentes sobre proceso de licitación de Empresa Sanitaria de Aisén. Oficios	63
- Adopción de Medidas de seguridad en faenas y lugares de trabajo. Oficios ...	64
- Información sobre obras viales en Décima Región. Oficios	64
- Restablecimiento de juzgado en provincia de Ñuble. Oficios	65
- Medidas por eventual cierre de escuela La Merced, en San Carlos. Oficios ...	65
- Supresión de medida que elimina entrega de leche a niños mayores de cuatro años. Oficios.....	66
IX. Documentos de la Cuenta.	
- Oficios de S.E. el Presidente de la República por los cuales hace presente la urgencia, con calificación de “discusión inmediata”, para el despacho de los siguientes proyectos:	
1. Establece registros de las personas jurídicas receptoras de fondos públicos (boletín N° 3176-05)	68
2. Sobre remuneraciones de autoridades de Gobierno y cargos críticos de la Administración Pública, de los alcaldes y da normas sobre gastos reservados (boletín N° 3171-05)	68
3. Informe de las Comisiones Unidas de Hacienda y Salud recaído en el proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional (boletín N° 2981-11).....	69
4. Informe sobre viaje de la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía a la ciudad de Guatemala, a la Reunión Internacional de Legisladores sobre la Problemática Migratoria de América Latina y el Caribe, realizada durante los días 28, 29 y 30 noviembre de 2002, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 38 del Reglamento de la Corporación	137
X. Otros documentos de la Cuenta.	
1. Comunicación:	
- Del diputado señor Lorenzini quien, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 57 de la Constitución Política de la República y 35 del Reglamento de la Corporación, solicita autorización para ausentarse del país por un plazo superior a 30 días a contar del 9 de enero próximo para dirigirse a Malasia y otros países.	
2. Oficios:	
Contraloría General de la República	
- Del diputado señor Mora, investigación realizada en Estadio Regional de Antofagasta.	
- Del diputado señor Rossi, informe sobre posibles irregularidades en ejecución de sistema de agua potable Moquella Cala-Cambo, en la comuna de Camiña.	
- Del diputado señor Martínez, eventuales irregularidades en Municipalidad de Chillán, particularmente en su Dirección de Obras.	

- Del diputado señor José Pérez, investigación respecto de programa de generación de empleo desarrollado por Indap de la Región del Biobío a través del Programa de Recuperación del Suelo Degradado.

Ministerio de Justicia

- Del diputado señor Masferrer, resultado de fiscalización a Corporación Municipal de San Fernando para Atención de Menores y las áreas de Educación y Salud.

Ministerio de Obras Públicas

- De los diputados señores Lorenzini y Álvarez-Salamanca, situación balsas de transbordo río Maule, en constitución.
- Del diputado señor Escobar, Paso de Jama en provincia de El Loa.
- Del diputado señor Barros, información sobre ruta G-80-I cruce Atalaya-Rapel, Cuarta Región.
- Del diputado señor Felipe Letelier, paso fronterizo en sector de Zaña, comuna de San Fabián de Alico.
- Del diputado señor José Pérez, postergaciones de obras viales para la Octava Región.
- Del diputado señor Ramón Pérez, aporte para la continuación del camino Huara-Colchane.
- De la diputada señora González, situación Morro de Arica.
- Del diputado señor Hernández, acceso a carretera para habitantes de calle Paula Jaraquemada, de Osorno.
- Del diputado señor Lorenzini, postergación camino alternativo al peaje Talca.
- Del diputado señor José Antonio Galilea, obras del Canal Victoria en Región de la Araucanía.
- Del diputado señor Ramón Pérez, corte de agua potable en la comuna de Iquique.

Ministerio de Agricultura

- Del diputado señor Jaramillo, desastres ocurridos en las Regiones Novena y Décima a consecuencias de las últimas lluvias.
- Del diputado señor Kast, efecto que causaría un aeródromo en los viñedos.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social

- Del diputado señor Escobar, presuntas irregularidades en empresa CMS Tecnología S. A. en la División El Teniente de Codelco Chile.
- Del diputado señor Muñoz, ausentismo el día 20 de septiembre.

Ministerio de Minería

- De la diputada señora González, impacto social de Enami en las regiones mineras.

Ministerio de la Vivienda y Urbanismo

- Del diputado señor Espinoza, resultados del llamado 2002 a postulación a subsidio habitacional rural.

- Del diputado señor Espinoza, Programa de Atención Especial a los Adultos Mayores.

Ministerio Secretaría General de la Presidencia

- Del diputado señor Espinoza, contaminación del lago Rupanco.

Tesorería General de la República

- Del diputado señor Ramón Pérez, informe en relación a fraude al Fisco por bonificación a la mano de obra, D.L. N° 889, de 1975.

Intendencia Región de la Araucanía

- Del diputado señor Jaramillo, acceso a playas de la Novena Región.

Intendencia Región de Aisén

- Del diputado señor Sánchez, beneficiarios pensiones asistenciales.

Alcaldes de las Municipalidades de Huailahué, Queilén y Chaitén

- Del diputado señor Kuschel, avance implementación jornada escolar completa.

Alcalde de la Municipalidad de Talcahuano

- Del diputado señor Navarro, sitio eriazo en calle Alemparte.

Alcalde de la Municipalidad de Florida

- Del diputado señor Navarro, informa sobre Plan Regulador.

Alcalde de la Municipalidad de Coronel

- Del diputado señor Navarro, asaltos a buques pesqueros en alta mar.

I. ASISTENCIA

-Asistieron los siguientes señores diputados: (111)

NOMBRE	(Partido*	Región	Distrito)
Accorsi Opazo, Enrique	PPD	RM	24
Aguiló Melo, Sergio	PS	VII	37
Alvarado Andrade, Claudio	UDI	X	58
Álvarez-Salamanca Büchi, Pedro	RN	VII	38
Álvarez Zenteno, Rodrigo	UDI	XII	60
Allende Bussi, Isabel	PS	RM	29
Araya Guerrero, Pedro	PDC	II	4
Ascencio Mansilla, Gabriel	PDC	X	58
Barros Montero, Ramón	UDI	VI	35
Bauer Jouanne, Eugenio	UDI	VI	33
Bayo Veloso, Francisco	RN	IX	48
Becker Alvear, Germán	RN	IX	50
Bertolino Rendic, Mario	RN	IV	7
Burgos Varela, Jorge	PDC	RM	21
Bustos Ramírez, Juan	PS	V	12
Caraball Martínez, Eliana	PDC	RM	27
Cardemil Herrera, Alberto	RN	RM	22
Ceroni Fuentes, Guillermo	PPD	VII	40
Cornejo Vidaurrazaga, Patricio	PDC	V	11
Correa De la Cerda, Sergio	UDI	VII	36
Cristi Marfil, María Angélica	IND	RM	24
Díaz Del Río, Eduardo	UDI	IX	51
Dittborn Cordua, Julio	UDI	RM	23
Egaña Respaldiza, Andrés	UDI	VIII	44
Encina Moriamez, Francisco	PS	IV	8
Errázuriz Eguiguren, Maximiano	RN	RM	29
Escalona Medina, Camilo	PS	VIII	46
Escobar Urbina, Mario	UDI	II	3
Forni Lobos, Marcelo	UDI	V	11
Galilea Carrillo, Pablo	RN	XI	59
Galilea Vidaurre, José Antonio	RN	IX	49
García-Huidobro Sanfuentes, Alejandro	UDI	VI	32
Girardi Lavín, Guido	PPD	RM	18
González Román, Rosa	UDI	I	1
González Torres, Rodrigo	PPD	V	14
Guzmán Mena, Pía	RN	RM	23
Hales Dib, Patricio	PPD	RM	19
Ibáñez Santa María, Gonzalo	IND-UDI	V	14
Ibáñez Soto, Carmen	IND-RN	V	13
Jaramillo Becker, Enrique	PPD	X	54

Jarpa Wevar, Carlos Abel	PRSD	VIII	41
Jeame Barrueto, Víctor	PPD	VIII	43
Kast Rist, José Antonio	UDI	RM	30
Kuschel Silva, Carlos Ignacio	RN	X	57
Lagos Herrera, Eduardo	PRSD	X	57
Leal Labrín, Antonio	PPD	III	5
Leay Morán, Cristián	UDI	RM	19
Letelier Morel, Juan Pablo	PS	VI	33
Letelier Norambuena, Felipe	PPD	VIII	42
Longton Guerrero, Arturo	RN	V	12
Longueira Montes, Pablo	UDI	RM	17
Lorenzini Basso, Pablo	PDC	VII	38
Luksic Sandoval, Zarko	PDC	RM	16
Martínez Labbé, Rosauero	IND-RN	VIII	41
Masferrer Pellizzari, Juan	UDI	VI	34
Melero Abaroa, Patricio	UDI	RM	16
Mella Gajardo, María Eugenia	PDC	V	10
Meza Moncada, Fernando	PRSD	IX	52
Molina Sanhueza, Darío	UDI	IV	9
Monckeberg Díaz, Nicolás	RN	VIII	42
Montes Cisternas, Carlos	PS	RM	26
Mora Longa, Waldo	PDC	II	3
Moreira Barros, Iván	UDI	RM	27
Mulet Martínez, Jaime	PDC	III	6
Muñoz Aburto, Pedro	PS	XII	60
Muñoz D'Albora, Adriana	PPD	IV	9
Navarro Brain, Alejandro	PS	VIII	45
Norambuena Farías, Iván	UDI	VIII	46
Ojeda Uribe, Sergio	PDC	X	55
Ortiz Novoa, José Miguel	PDC	VIII	44
Palma Flores, Osvaldo	RN	VII	39
Paredes Fierro, Iván	IND-PS	I	1
Paya Mira, Darío	UDI	RM	28
Pérez Arriagada, José	PRSD	VIII	47
Pérez Lobos, Aníbal	PPD	VI	35
Pérez Opazo, Ramón	IND-UDI	I	2
Pérez San Martín, Lily	RN	RM	26
Pérez Varela, Víctor	UDI	VIII	47
Prieto Lorca, Pablo	IND-UDI	VII	37
Quintana Leal, Jaime	PPD	IX	49
Rebolledo González, Víctor Manuel	PPD	IV	7
Recondo Lavanderos, Carlos	UDI	X	56
Riveros Marín, Edgardo	PDC	RM	30
Robles Pantoja, Alberto	PRSD	III	6
Rojas Molina, Manuel	UDI	II	4
Rossi Ciocca, Fulvio	IND-PS	I	2

Saa Díaz, María Antonieta	PPD	RM	17
Saffirio Suárez, Eduardo	PDC	IX	50
Salaberry Soto, Felipe	UDI	RM	25
Salas De la Fuente, Edmundo	PDC	VIII	45
Sánchez Grunert, Leopoldo	PPD	XI	59
Seguel Molina, Rodolfo	PDC	RM	28
Sepúlveda Orbenes, Alejandra	IND-PDC	VI	34
Silva Ortiz, Exequiel	PDC	X	53
Soto González, Laura	PPD	V	13
Tapia Martínez, Boris	PDC	VII	36
Tarud Daccarett, Jorge	PPD	VII	39
Tohá Morales, Carolina	ILE	RM	22
Tuma Zedan, Eugenio	PPD	IX	51
Ulloa Aguillón, Jorge	UDI	VIII	43
Uriarte Herrera, Gonzalo	UDI	RM	31
Urrutia Bonilla, Ignacio	ILC	VII	40
Valenzuela Van Treek, Esteban	PPD	VI	32
Varela Herrera, Mario	UDI	RM	20
Vargas Lyng, Alfonso	RN	V	10
Venegas Rubio, Samuel	PRSD	V	15
Vidal Lázaro, Ximena	PPD	RM	25
Vilches Guzmán, Carlos	RN	III	5
Villouta Concha, Edmundo	PDC	IX	48
Von Mühlenbrock Zamora, Gastón	ILC	X	54
Walker Prieto, Patricio	PDC	IV	8

-Con permiso constitucional estuvieron ausentes los diputados señores Roberto Delmastro, Fidel Espinoza y Carlos Olivares.

-Asistieron, además, los senadores señores Carlos Cantero, Juan Antonio Coloma, José García, Baldo Prokurica y Mario Ríos.

-Concurrieron, también, los ministros del Interior, señor José Miguel Insulza; de Educación Pública, señora Mariana Aylwin; de Salud, señor Osvaldo Artaza, y de la Secretaría General de la Presidencia, señor Mario Fernández.

* PDC: Partido Demócrata Cristiano; PPD: Partido Por la Democracia; UDI: Unión Demócrata Independiente; RN: Renovación Nacional; PS: Partido Socialista; UCCP: Unión Centro Centro Progresista; PRSD: Partido Radical Social Demócrata, e IND: Independiente.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

-Se abrió la sesión a las 10.38 horas.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

III. ACTAS

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- El acta de la sesión 31ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 32ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

IV. CUENTA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- El señor Prosecretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario) da lectura a los documentos recibidos en la Secretaría.*

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Informo a la Sala que se ha agregado a la Cuenta de esta sesión el informe de la Comisión de Hacienda recaído en el mensaje que modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional.

PERMISO CONSTITUCIONAL.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Si le parece a la Sala, se accederá al permiso constitucional solicitado por el diputado señor Pablo Lorenzini para ausentarse del país por un plazo superior a 30 días, a contar del 9 de enero próximo.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

RÉPLICA A REPORTAJE DE CANAL DE

TELEVISIÓN. (Aplicación del artículo 34 del Reglamento de la Corporación).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- De conformidad con el artículo 34 del Reglamento de la Corporación, tiene la palabra el diputado señor Guillermo Ceroni.

El señor **CERONI**.- Señora Presidenta, en primer lugar, quiero pedir disculpas a la familia del ex diputado señor Ángel Fantuzzi presente en las tribunas, por haber iniciado la sesión en esta forma. Pero estoy seguro de que don Ángel Fantuzzi nos habría apoyado, porque fue un honorable diputado, y estoy seguro de que compartiría lo que trataré de expresar a continuación.

He querido utilizar el artículo 34 del Reglamento para defenderme, porque se ha afectado no sólo mi honra, sino la de todos los parlamentarios, con el reportaje transmitido ayer por el canal de televisión Chilevisión.

Con profunda indignación, al igual que la mayoría de los colegas, ayer vi en Chilevisión -hoy se recoge en la prensa matutina- un reportaje que, a todas luces, tiene por finalidad desprestigiar la función parlamentaria, fundado en razones absolutamente falaces.

Se han presentado hechos en forma tal, que un telespectador no informado podría deducir que quienes estamos aquí cometemos toda clase de irregularidades en el uso de los recursos que se nos entregan, e incluso que infringimos una ley que nosotros mismos aprobamos.

Eso no es efectivo. ¡Ésta no es una cueva de ladrones! ¡Estamos cansados del tratamiento que nos da la prensa! ¡Estamos cansados de que se nos afecte en nuestra honorabilidad! ¡No es efectivo lo que dice el reportaje de Chilevisión! ¡No estamos aquí para usar el cargo en nuestro beneficio, aunque hoy se dude de ello, sino para servir a la

gente, la que es rigurosa al analizarnos, porque cada vez que hay elecciones nos está juzgando!

Muchos de nosotros hemos sido reelectos por varios períodos, y durante todos estos años se ha seguido con la campaña de desprestigio. Se ha dicho, por ejemplo, que recibimos un beneficio que establece la ley de la Anef, una asignación que se da a los funcionarios públicos por buen desempeño. Eso es cierto, pero es absolutamente legal, porque ha de saber el señor periodista que realizó el reportaje, que esa asignación se estableció para los empleados públicos y también para los ministros de Estado.

Si se lee la Constitución Política del Estado, se podrá comprobar que su artículo 59 dice claramente que todas las asignaciones que reciben los ministros de Estado deben percibirlas también los diputados y senadores. Por lo tanto, esa asignación es perfectamente legal.

Estamos asombrados de que se recurra a expedientes absolutamente insólitos, con gente que denuncia en el anonimato, de manera encubierta, como si estuvieran tratando delitos. ¡Basta de eso para la televisión y para los medios de prensa! Cuando quieran afectar la honra de las personas, que lo hagan a cara descubierta, para así poder defendernos y contraargumentar.

Estamos cansados de que no se mencione nada de lo positivo de nuestro accionar. No se dice, porque no vende; eso es claro. No se habla del trabajo en el distrito; no se dice que nosotros somos quienes estamos más en contacto con la gente, incluso más que el propio Gobierno -que no tiene capacidad para ello-, más que los propios alcaldes. En los distritos atendemos las necesidades de la gente, le buscamos solución, le tendemos la mano solidaria. La gente lo sabe. ¿Por qué tengo que decir esto hoy? Porque con tanta campaña infundada, la gente, incluso en los distritos, probablemente ya empiece a dudar de nosotros.

Por supuesto, la gente debe creer que los 8 millones de pesos que recibimos, los usamos en beneficio propio. No es efectivo. Gran parte de ese dinero lo usamos para nuestro trabajo. ¿Por qué los periodistas no reportean la cantidad de vehículos, de oficinas y de arriendos que pagamos en los distritos? ¿Por qué no reportean la cantidad de funcionarios que trabajan para nosotros en favor de la gente? ¿Por qué no reportean los teléfonos que están al servicio de la gente para que se comuniquen? Eso no se dice, porque simplemente se quiere atacar la acción pública. ¿A dónde vamos a llegar con esto? ¿Qué es lo que quieren de Chile? ¿Qué es lo que quieren de nuestra patria, de nuestro país? De tanto desprestigiar el trabajo público y a las instituciones públicas, van a debilitar todo el sistema de la institucionalidad pública para que allí se entronice realmente la corrupción. Los Estados débiles en el aparataje público son pasto de las mafias y de la corrupción.

Señora Presidenta, no podemos seguir así, siendo objeto de campañas de las cuales no podemos defendernos. Entré a esta actividad realmente entusiasmado, impresionado por lo que significa; he dejado de lado mis cosas personales, como, estoy seguro, lo han hecho todos los que están aquí, porque la gran mayoría son profesionales que se pueden procurar afuera un gran futuro, y no como aquí, donde ni siquiera llegaremos a tener un futuro que nos permita una vejez tranquila.

He venido aquí a servir a la gente con entusiasmo; pero soy un ser humano y, obviamente, estas campañas cansan, desgastan, y uno se replantea si es importante seguir en algo que hoy no es valorado, al menos, por los medios de comunicación, lo que sin duda, influye en la ciudadanía.

Señora Presidenta, es el momento de elevarnos, de levantarnos, de no permitir más esto.

Hoy sólo he querido decir una palabra para defender mi honra, que ha sido afecta-

da; para decir a todos los habitantes de Chile que pueden estar orgullosos de sus ciento veinte diputados que hoy están en esta Cámara. Tenemos defectos; hemos cometido errores, y lo reconocemos. Por supuesto, debemos dar transparencia a los recursos que recibimos, y lo vamos a hacer, para demostrar que no nos quedamos con platas indebidas, del Estado.

Pero si cambiamos nosotros, también les pediremos a los medios de comunicación que cambien. ¡No les tengo miedo! ¡Jamás he hecho política en función de ellos! Esto tiene que terminar. Los medios de comunicación nunca le dan cabida a las causas serias, sólo a los escándalos. Por eso el país tiene tan mala opinión de quienes servimos bien. Hay que cambiar. Hoy, a raíz de hechos que están en manos de los tribunales, se trata a las personas en forma tal, que son juzgadas y crucificadas antes de que la propia justicia actúe.

He venido a defender mi honra. He intervenido, porque éste es el único espacio que tengo para decir lo que pienso y lo que me molesta e indigna, y porque me interesa trabajar al servicio de la gente en un Congreso Nacional como éste, pero reconocido en la dignidad que tiene.

He dicho.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Maximiano Errázuriz en virtud del artículo 34 del Reglamento.

El señor **ERRÁZURIZ**.- Señora Presidenta, no acostumbro invocar el artículo 34 del Reglamento de la Cámara de Diputados, y siento tener que hacerlo esta mañana.

Frente al injurioso ataque personal sufrido anoche en el noticiario central de Chilevisión, esta Cámara y el país tienen pleno derecho a saber cómo y por qué estoy dis-

puesto a defender mi honra y mi dignidad hasta las últimas consecuencias.

Chilevisión me denunció como un parlamentario flojo, que no trabaja, con un bajo porcentaje de asistencia a sesiones, omitiendo en forma dolosa, o al menos culposa, las operaciones de hernia a que fui sometido, dolencia que me ha significado sufrir un intenso dolor y tener que soportar un largo período postoperatorio.

Chilevisión agrega que si eso lo hiciera el trabajador de una empresa privada, lo echarían; pero que en esta Cámara se trabaja poco y se gana mucho. Insinuó que robo un sueldo que no justifico, porque no trabajo.

Me ha dolido enormemente lo expresado por Alejandro Guillier. La única vez que estuve con él fue en un programa de la iglesia católica, emitido por un canal privado de televisión. Estaba también el ex ministro Francisco Cumplido, hombre profundamente religioso.

Me formé una excelente impresión de Guillier, de su calidad humana y profesional, pero esa impresión duró hasta hace un par de meses, cuando me entrevistó en su noticiario matinal. Más que preguntarme, fue un polemista duro e implacable de lo que yo decía. Nunca me había sucedido algo similar. Soy periodista, y por eso sé que en la primera clase, en el primer año de la escuela de periodismo, se enseña a los alumnos a no polemizar con el entrevistado.

Lo de anoche fue muy grave. Recibí más de cincuenta llamadas telefónicas de Puente Alto, La Pintana, Pirque y San José de Maipo. Hoy, aquí mismo, en la Cámara, he recibido el apoyo y la adhesión de diputados y de funcionarios. Todos, sin excepción, me preguntan lo mismo: “¿Por qué Chilevisión no dijo que fuiste operado, en circunstancias de que hubo reportajes en radios y en diarios sobre tu operación?”. Aún más, el año pasado fui objeto de otra operación que me mantuvo cerca de cuatro meses fuera del Congreso. Así y todo, obtuvimos la primera

mayoría en el distrito. Subimos nuestra votación de 53 mil a 70 mil votos, alcanzando la tercera más alta del país en cifras absolutas, en un distrito pobre y con muchas necesidades. Para mí, como diputado de Renovación Nacional, fue un orgullo.

Este año volví a ser operado. Eso lo sabía Chilevisión. ¿Por qué me hizo daño? ¿Por qué quiere deshonorarme? Tengo una mujer, a quien adoro, y tres hijos pequeños, de seis, cinco y cuatro años, y quiero ser un ejemplo para ellos. ¿Por qué Chilevisión hizo eso? Guillier, a quien llamé por teléfono anoche, ni siquiera se molestó en devolverme el llamado.

Señora Presidenta, me ha dolido mucho lo ocurrido. Chilevisión actuó de mala fe.

Por eso, anuncio que presentaré una querrela criminal en contra de Alejandro Guillier, por los delitos de calumnia e injurias graves con publicidad. También presentaré un proyecto para hacer más expedito el derecho a réplica de personas que se vean afectadas en su honra y dignidad por algún medio de comunicación social.

Hago esto por mi mujer, por mis hijos y porque quiero que ellos y mis electores, que son mis amigos, sepan que tienen un marido, un padre y un diputado, respectivamente, que trabaja sin descanso por cumplir con su deber y por ser un ejemplo para ellos.

He dicho.

-Aplausos.

V. HOMENAJE

HOMENAJE EN MEMORIA DEL EX DIPUTADO DON ÁNGEL FANTUZZI HERNÁNDEZ.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En nombre de la Corporación, con mucho cariño, doy la bienvenida a la señora Margarita Fernández viuda de

Fantuzzi, quien se encuentra presente en la tribuna de honor, junto a familiares y amigos, para asistir al homenaje que esta Cámara rinde hoy en memoria de nuestro ex colega Ángel Fantuzzi Hernández.

También nos acompañan destacados representantes del mundo empresarial.

(Aplausos).

Tiene la palabra el diputado señor Alfonso Vargas.

El señor **VARGAS** (de pie).- Señora Presidenta, familia de don Ángel Fantuzzi: señora Margarita, don Ángel, Ángel Luis, Marcelo, Gonzalo, Roberto y señora, hijos, hermanos, tíos, nietos y sobrinos; diputadas, diputados y estimados senadores que nos acompañan.

La Cámara de Diputados rinde hoy homenaje a nuestro amigo Ángel Fantuzzi Hernández. Cuando aún estamos acongojados y con el alma herida por su repentina e inesperada partida, nos corresponde hacer el esfuerzo, tal vez infructuoso, de intentar reflejar en palabras el inmenso cariño que le teníamos, y agradecer la profunda huella que dejó en nosotros.

Los recuerdos de Ángel siempre serán vivos, ya que su gran capacidad para crear, cultivar y fortalecer relaciones con las personas lo hacía un hombre cercano, lo que, unido a la calidez de sus palabras, derribaba todas las barreras tras las cuales se esconde la verdad de los seres humanos.

El legado y las obras de Ángel Fantuzzi son innumerables y reflejan sus experiencias de vida transformadas en convicción. La pasión con que trabajó en esta Cámara, en forma permanente y persistente por la educación técnico-profesional, fue fruto no de la teoría hueca ni de afanes redentores lejanos a la realidad; por el contrario, fue producto de la experiencia recogida por el joven, casi niño, Ángel Fantuzzi, quien luego de rendir

sexto básico, a los 13 años, se incorpora al mundo laboral como obrero, experiencia que no olvidaría.

De ahí nace la fuerza y el ahínco en poner a la educación técnico-profesional como eje central en la formación de la juventud, para prepararla en el trabajo productivo, con la convicción de que ése es el camino para tener obreros mejor calificados, con un efecto directo en sus remuneraciones y condiciones de vida.

Sus intervenciones en esta Sala y los proyectos presentados en la Cámara son contundentes para demostrar su pasión por lo práctico y lo constructivo. Su terreno no era el de los discursos ni el de la grandilocuencia, sino el de las realidades que, por cierto, no se limitaban a exigir o a pedir a las autoridades, sino a asumir y a echar sobre sus hombros compromisos en los que creía.

Su labor en el Liceo Industrial Chileno-Alemán, institución volcada a la educación técnico-profesional, ratificó su premisa de que de poco valían las leyes y los discursos si no iban acompañados de la voluntad y esfuerzos del hombre por conseguir sus objetivos.

Su paso por las organizaciones gremiales también fue un elemento que nutrió su posterior aporte en esta Cámara. El interés y el respeto que tenía por ellas reflejaba un conocimiento vital en su interior y el valor que le asignaba en su aspiración de ver un país dinámico, con un aporte sustantivo de gremios y sindicatos en su desarrollo.

La cesantía y el desempleo lo herían profundamente. Asumió luchas desiguales, pero que, por su profundo sentido humano, consiguieron un gran respaldo ciudadano. Así, encabezó la campaña de defensa del producto nacional y la de los trabajadores chilenos que se veían desplazados y privados de sus fuentes laborales.

Con ocasión de su lamentable partida, muchos han recordado su calidad de hijo y nieto de inmigrantes. En la familia Fantuzzi

se materializa la epopeya de miles de extranjeros que llegaron a nuestro país y que, con tesón y trabajo, dejaron en Chile no sólo progresos, industrias y conocimientos, sino también a sus hijos, quienes, reproduciendo sus cualidades, se han transformado en chilenos de excepción y en destacadísimos compatriotas.

Ángel Fantuzzi: tus amigos, los diputados de Renovación Nacional, queremos decir a tu familia que fue un privilegio para nosotros compartir y conocer tu generosidad, calidez e incondicional amistad. Los diputados de Renovación Nacional siempre encontraron en ti palabras de aliento y una visión optimista frente a las dificultades que se presentaban a diario.

Te enaltece, hoy, frente a nosotros, tu actitud de evitar la figuración sin sentido. Pero los que seguimos en este mundo debemos ser justos, reconocer y recordar lo esencial de tu aporte a Chile. La estabilidad y el desarrollo logrado en la pasada década se sustenta, lo sabemos, en el empeño, que junto a varios de los nuestros, desplegaste con todas tus capacidades para lograr consolidar y perfeccionar un sistema laboral que garantizara el entendimiento y dejara atrás el conflicto como concepto central de sus relaciones.

Tus cualidades personales fueron elemento central en esos logros. Tu conocimiento real de los problemas laborales y de la empresa, tu simpatía, tu franqueza y respeto irrestricto de los compromisos, te confirieron el liderazgo para llevar adelante una política de consensos que el país requería y necesitaba en el mundo del trabajo. Por muchos años más podremos asistir y mirar los frutos de tu labor en este campo.

Como lo dije al despedirte hace pocos días, hoy debo reiterar en esta Sala que hay grupos y organizaciones a los que, a poco andar, se los identifica y encarna con seres humanos que, por sus características, los personifican. Ése es nuestro caso: la bancada

de diputados de Renovación Nacional lleva el sello indeleble de tu persona; nuestra posición en las discusiones relacionadas con las reformas laborales, con el desarrollo de la educación técnico-profesional, con el mejoramiento de los ambientes de trabajo y con tantos otros temas, seguirá teniendo la inspiración que tú le diste durante los años en que trabajaste junto a nosotros.

En nosotros reviven, como sentencias, tus palabras pronunciadas en esta Sala en el debate parlamentario para reafirmar el sentido final de la acción política. En una oportunidad dijiste: “El Estado debe dirigir preferentemente sus cuidados y providencias a los asalariados, a los pobres, a los necesitados; los demás, después”.

La humildad para enfrentar la vida, el cristal diferente con que mirabas las cosas, no te permitieron aquilatar el infinito cariño que la gente sentía por ti, y de qué forma tu persona quedaba incrustada en miles de chilenos que sintieron tu partida en forma sincera.

Ángel, tu cuerpo hoy es ceniza, pero tu presencia estará entre estas bancadas, junto a nosotros, como testimonio de tu paso, que nunca olvidaremos.

He dicho.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Rodolfo Seguel.

El señor **SEGUEL** (de pie).- Señora Presidenta, al finalizar 1999 ocupé esta misma tribuna para despedir a quien fuera en vida uno de los mejores -si no el mejor- dirigentes sindicales de Chile: mi amigo, hermano y camarada, Manuel Bustos Huerta.

Hoy, tres años después, nuevamente ocupo esta alta tribuna para dar un adiós a quien fuera un gran personaje de nuestro país, uno de los mejores empresarios -por qué no de-

cirlo, tal vez el mejor- que hemos tenido, además de ser un gran hombre.

Debo confesar que me resulta particularmente doloroso rendir este postrer homenaje a quien fuera durante ocho años mi amigo y colega contradictor en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social.

Lo conocí allá por 1983, en Huérfanos esquina Mac Iver, ocasión en que me preguntó: “¿Hasta cuándo vas a protestar, Seguel?”. Le respondí: “Hasta que termine la dictadura, Fantuzzi”. Recuerdo esa conversación perfectamente bien y con mucha claridad, porque fue el inicio de una amistad franca, verdadera y muy respetuosa entre dos adversarios políticos, entre dos personas que buscaban, de manera distinta, lo mejor para nuestro país.

Su partida dejará, en el alma de quienes tuvimos el privilegio de conocerlo, un vacío difícil de llenar, y su presencia rondará por siempre en nuestra comisión, que supo de su bondad, disimulada detrás de un carácter fuerte; de su inteligencia, escondida detrás de su humildad, y de su humor sano, disimulado detrás de su seriedad.

Ángel Fantuzzi siempre marcó con su presencia las actividades que emprendió, cualquiera que fuere el ámbito, económico o social, en que se desempeñó. Así lo demuestran las decenas de trabajadores y amigos que lo acompañaron en su despedida. Supo granjearse la amistad, la simpatía y la solidaridad de sus amigos, y también de sus adversarios, que, tan pronto como lo conocían, dejaban de serlo.

Recuerdo particularmente los primeros meses tras la reinstalación de la democracia, cuando nos tocó abordar la primera reforma laboral de los gobiernos de la Concertación. Eran días conflictivos, por la visión que cada partido tenía sobre la legislación que debía regir las relaciones laborales entre empresarios y trabajadores. Desde esa época se venía acrecentando mi respeto y mi simpatía por ese empresario que llegó a la polí-

tica y que supo concordar con pragmatismo las reformas que marcaron un hito en el gobierno de don Patricio Aylwin.

Soy de los que creen que, en materias laborales, hay un antes y un después tras la partida de Ángel Fantuzzi y de Manuel Bustos, respetando las distancias que los separaron. Ambos defendieron con ardor sus visones, pero tuvieron la grandeza de colocarse siempre en el lugar del otro para tratar de entender la lógica que guiaba sus actos.

Ángel siempre fue un hombre de esfuerzo que tuvo una ventaja sobre nosotros: en sus comienzos fue autodidacto, extrajo su formación de sus vivencias personales y familiares, la que no se vio influida por visiones ideologizadas. Ello le permitió siempre ser creativo, audaz e innovador, y manifestar especial preocupación por el mundo laboral y por los problemas públicos. Proyectó con fuerza su sello personal desde los más diversos ámbitos del quehacer nacional, y fue respetado, querido y admirado por quienes lo conocieron. Entiendo el inmenso e irreparable dolor que debe sentir su familia.

En nombre de la bancada demócratacristiana, quiero expresar nuestro más hondo pesar por su temprana partida, a pesar de que quienes profesamos la fe católica, comprendemos que ella no es sino una despedida, un hasta pronto y por siempre en la eternidad.

Ángel Fantuzzi, amigo: más temprano que tarde volveremos a encontrarnos para seguir soñando con la construcción de un mundo mejor y más justo. Ángel Fantuzzi, colega: ilumínanos desde el Cielo, en el que estoy seguro que estás, para hacer siempre de nuestra visión una vocación.

Ángel Fantuzzi, esposo, padre, amigo y hermano: descansa en paz.

He dicho.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana

(Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Camilo Escalona.

El señor **ESCALONA** (de pie).- Señora Presidenta, estimados familiares de don Ángel Fantuzzi, estimados diputados y diputadas:

Hoy, nuestra Corporación rinde un merecido homenaje al ex diputado Ángel Fantuzzi. La bancada Socialista y Radical me ha permitido que la represente, y lo hago teniendo en la memoria los ocho años que ejercimos el cargo de diputados en el Parlamento durante la primera etapa de la transición. Naturalmente, cuando el 11 de marzo de 1990 efectuamos nuestro juramento, con lo cual se dio inicio a la transición, no nos conocíamos. Nuestras diferencias no eran menores; iban más allá del espacio físico de este edificio y estaban vinculadas a una etapa de nuestras vidas en que nuestros sectores políticos estaban marcados por la distancia.

Sin embargo, el Congreso Nacional cumplió su papel y se transformó en la instancia de diálogo a que está llamado en una democracia, lo que posibilitó el conocimiento personal, permitió superar las distancias y logró que las personas se conocieran entre sí y que las barreras políticas e ideológicas ya no tuvieran la connotación insalvable que adquieren cuando no existe diálogo.

Pero el Congreso, que en estos momentos es sometido a ásperas críticas, e, incluso, colocado en una situación de especial descalificación, cumplió su papel porque, como institución, posibilitó que personas como Ángel Fantuzzi entregaran todo lo valioso que un hombre en el servicio público puede ofrecer a la nación chilena. Esto es lo que queremos reconocerle en esta oportunidad.

Por esas cosas de la política, en 1997 Ángel Fantuzzi y yo fuimos candidatos a senadores por la Región Metropolitana y ambos fuimos derrotados. En una elección de esas características, uno sabe cuando va a

perder. Las campañas no mienten, y uno percibe cuando le va a ir bien o cuando le va a ir mal, y tanto el candidato a senador de Renovación Nacional, Ángel Fantuzzi, como yo, sabíamos que en esa elección no íbamos a ganar. Sin embargo, nunca lo vi abandonar su entereza y su ética, puesto que nunca estuvo dispuesto a recurrir a cualquier medio para ganar.

Todos sabemos que la competencia política es muy dura y hace que las personas se enceguezcan; todos queremos ganar y, lamentablemente, a veces, a cualquier precio. Pues bien, puedo dar testimonio de que Ángel Fantuzzi nunca cayó en esa conducta; no estaba dispuesto a caer en el canibalismo político para vencer, incluso, a sus adversarios políticos; no estaba dispuesto a dejar de ser él por alcanzar un resultado. Como considero que eso es muy valioso en una persona, le pedí a nuestro jefe de bancada que me permitiera decir estas palabras, precisamente en momentos en que existe un fenómeno cultural según el cual todo vale para ganar. Debo decir aquí que, en esas circunstancias, Ángel Fantuzzi se sobrepuso a esa cultura del éxito fácil y mantuvo la ética que siempre debe caracterizar a un servidor público.

En consecuencia, quiero valorar su trayectoria, su defensa del producto chileno, su contribución a la formación de Renovación Nacional, partido del cual fue uno de sus miembros constituyentes; quiero recordar, incluso, que en las elecciones de 1993 alcanzó la primera mayoría en el distrito 20; quiero reconocer su vasta trayectoria como hombre de trabajo que se hizo empresario y que llegó a ser gerente general de Aluminios Fantuzzi. Por último, quiero destacar que su conducta política lo enaltece.

Quiero decir sinceramente que venciendo las distancias con que el 11 de marzo de 1990 se inició la transición, Ángel Fantuzzi fue uno de los hombres de esa transición que contribuyeron a la reconstrucción de la democracia que hoy tenemos, con sus imper-

fecciones, pero también con sus enormes logros, porque los chilenos no debemos olvidar que llegamos a esta instancia evitando la confrontación y que fuimos capaces de construir una nación en que todos tenemos nuestro espacio y el respeto que nos corresponde como seres humanos. En esa transición, Ángel Fantuzzi entregó su aporte, y por ello merece nuestro más profundo reconocimiento y consideración.

He dicho.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Mario Varela.

El señor **VARELA** (de pie).- Señora Presidenta, honorable Cámara, distinguida familia de Ángel Fantuzzi: doña Margarita y sus hijos Ángel, Marcelo y Gonzalo:

La directiva de la Unión Demócrata Independiente y su bancada me han honrado con la oportunidad de rendir un sentido y merecido homenaje a don Ángel Fantuzzi Hernández.

Resulta fácil iniciar estas palabras hablando sobre la vida de Ángel como parlamentario, acerca de su aporte a la Cámara de Diputados y al desarrollo de dos realidades distintas: la del mundo empresarial y la de los trabajadores.

Pero Ángel fue mucho más que un hombre dedicado a la política. Su infancia fue sacrificada, ya que, por una opción personal, a la edad de 13 años decidió entrar a trabajar en calidad de operario en la fábrica de propiedad de su familia. Con los años, asumió la gerencia de la empresa, pero su tesón y espíritu de sacrificio lo llevaron a regularizar su situación académica, obteniendo su licenciatura de educación media en un curso para personas adultas.

En el ámbito gremial, fue un gran opositor a las políticas que en un momento de

nuestra historia se pretendieron aplicar en el país, oponiéndose tenazmente a la confiscación de las empresas por parte del Estado. Desde entonces, se transformó en un férreo defensor de la iniciativa privada como herramienta fundamental de desarrollo y de superación de la pobreza.

En su calidad de presidente de la Asociación de Industriales Metalúrgicos, Ángel fue pionero y pieza fundamental en la defensa no sólo de los productos chilenos, sino -lo que es más importante aún- de nuestros trabajadores. Precisamente debido a esas razones, por su doble perspectiva de trabajador y empresario, y consciente de que su experiencia y conocimiento serían un aporte para el país, decide ingresar al mundo de la política, transformándose en uno de los fundadores del Frente Nacional del Trabajo, y participando, luego, en la comisión política de Renovación Nacional.

En su calidad de parlamentario, en el período comprendido entre 1990 y 1998 fue miembro destacado de las comisiones de Trabajo y Seguridad Social y de Economía, Fomento y Desarrollo de la Cámara de Diputados, y referente obligado de la reforma laboral de 1991, en cuya consecución muchas veces impuso su experiencia, tino y criterio.

Finalmente, en mi concepto, lo más importante fue su calidad humana, su sencillez, su humildad y su alegría de vivir, características que perdurarán por mucho tiempo en la memoria de quienes tuvimos la suerte de conocerlo.

Su forma de ser debe servir de ejemplo a nuestros jóvenes, que muchas veces miran el futuro con desánimo, incertidumbre y desesperanza. El legado que nos deja Ángel Fantuzzi sirve, precisamente, para que nuestras futuras generaciones sientan que, con esfuerzo, se pueden lograr las metas planteadas en el presente.

He dicho.

-Aplausos.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Eugenio Tuma.

El señor **TUMA** (de pie).- Señora Presidenta, honorable Cámara, senadores de Renovación Nacional que nos acompañan esta mañana, estimados familiares de Ángel Fantuzzi:

Una vez más, con tristeza y emoción, hacemos un alto en nuestras actividades legislativas para rendir homenaje en memoria de un ex colega que ha partido a disfrutar de la paz y de la tranquilidad del Reino de Dios.

Conocí a Ángel Fantuzzi en esta Sala, entre los años 1994 y 1998. Compartimos el trabajo legislativo en la Comisión de Economía, de la cual ambos éramos miembros. Recuerdo la hidalguía de su estampa, algunas veces con barba, y otras, sin ella. Pero ese hecho no nos confundía para identificarlo como un hombre serio, respetuoso, de buena cepa, de gran calidad humana; un señor parlamentario, de aquellos que nos recuerdan mejores tiempos de la función y valoración de los servidores públicos.

Él profundizó en las materias relativas al trabajo y a las pequeñas y medianas empresas, pymes, transformándose, con el correr de los años, en un referente privilegiado en los complejos procesos de negociaciones que se llevaron a cabo para sacar adelante las primeras reformas laborales aprobadas en democracia. La realidad del trabajo y de la pequeña y mediana empresa eran temas que conocía y dominaba a cabalidad, y fueron el eje de su acción parlamentaria. Esto se explica por su biografía, por su conocimiento vital: siendo aún niño, tuvo que sumarse al trabajo en una modesta y emergente fábrica de ollas que su padre -según nos cuentan- inició en el patio de su casa.

Ángel Fantuzzi sufrió los rigores del tra-

bajo obrero, de los dedos golpeados por toscas herramientas, de los dolores de espalda, que no soporta el peso que carga al final de una larga jornada de trabajo. Su relación con el resto de los trabajadores, lejos de ser distante, fue cercana, lo que le permitió construir estrechos lazos de afecto y comprensión. Es así como al enterarse de su partida, muchos lo sintieron como si se tratara de la pérdida de un familiar muy querido.

Fue el duro trabajo diario el que le permitió tener la experiencia, el sentido común y la intuición que utilizó en otra etapa de su vida para conducir, como gerente, la exitosa y emergente empresa familiar que llegó a producir artículos de menaje que, con el correr de los años, pasaron a formar parte del mobiliario cotidiano, que hasta hoy perduran en muchos hogares chilenos. Es así como, motivado por su experiencia y por su vocación de servicio al país, distrae sus mejores esfuerzos para incursionar en la política, siendo elegido parlamentario con altas votaciones por dos períodos consecutivos.

Lamentablemente, debido a las dificultades de un mercado abierto al mundo y altamente competitivo, pero principalmente por una competencia desleal externa, la empresa familiar empieza a tener serias dificultades en su funcionamiento. Cuando todo indicaba que Ángel debía redoblar sus esfuerzos para sacar adelante su querida industria, la distracción de sus esfuerzos en el trabajo parlamentario selló la suerte de esa prestigiosa firma que, por decenios, vio pasar a generaciones de trabajadores que tuvieron en ella su única fuente de ingresos.

Ángel Fantuzzi fue uno de esos hombres que no llegó a la política para enriquecerse; al contrario, se empobreció; arriesgó su patrimonio familiar, el que, después de largos años de trabajo y esfuerzo de sus padres y hermanos, fue perdido. Es la nobleza de la función pública desinteresada, tantas veces olvidada por importantes sectores de la so-

ciudad.

Ángel Fantuzzi fue un hombre que, desde la sociedad civil, contribuyó al progreso de Chile. Su incorporación al Frente Nacional del Trabajo, primero, y a Renovación Nacional, después, le permitieron ser un vivo actor de la apertura política de los años 80 y de la transición a la democracia en los 90.

Su militancia en Renovación Nacional -partido al cual le entregamos nuestro pésame formal- marcó su compromiso con las ideas de la libertad, del trabajo y del emprendimiento, que, durante largos años, fueron forjando su temple y su personalidad.

Estimados colegas, desde el punto de vista doctrinario, son muchas las cosas que me separaban de Ángel Fantuzzi, lo que resultaba obvio porque pertenecíamos a mundos políticos y culturales distintos, en muchos aspectos radicalmente opuestos. Sin embargo, a ambos nos unió e identificó el hecho de ser descendientes de inmigrantes emprendedores que supieron aprovechar las oportunidades que les brindó una tierra noble y rica en afectos, que tanto nos ha entregado. Él era parte de esa sociedad "meritocrática", de esa sociedad que, hace cuarenta años, tal vez, daba más oportunidades de las que hoy somos capaces de brindar a los hijos de esta tierra.

Estimados colegas: de Ángel nos quedará el recuerdo, y seguirá presente en esta Sala su vocación de servicio y su disposición permanente a ser convocado a las grandes tareas nacionales, con un sentido patriótico y de país, el mismo que lo impulsó a respaldar con su decidida participación en la Comisión de Trabajo y en este hemiciclo las primeras reformas laborales en democracia.

En mi nombre y en el de la bancada de diputados del Partido por la Democracia, que me ha distinguido con la oportunidad de rendir este merecido homenaje, expreso nuestra solidaridad en estas horas de dolor a su familia, en especial a su esposa Margarita, y a sus hijos Ángel, Marcelo y Gonzalo.

Asimismo, a su hermano Roberto, otro ejemplo del gran empuje, empeño y tenacidad de los inmigrantes italianos, que tanto han aportado a nuestra patria.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- De esta manera, la Cámara de Diputados ha rendido homenaje a nuestro ex colega Ángel Fantuzzi Hernández.

Reiteramos nuestras condolencias y saludos a su familia, en especial a su esposa Margarita.

(Aplausos).

Se suspende la sesión por cinco minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Continúa la sesión.

-o-

El señor **ORTIZ**.- Punto de Reglamento, señora Presidenta.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **ORTIZ**.- Señora Presidenta, solicito que, atendida la extensión de la agenda legislativa, recabe el asentimiento de la Sala para que, en el proyecto de reforma constitucional, iniciado en mensaje y con urgencia calificada de “suma”, que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media, hable un parlamentario por bancada, hasta por cinco minutos, como se hace habitualmente.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para acceder a lo solicitado por el señor Ortiz?

Acordado.

El señor **ORTIZ**.- Señora Presidenta, asimismo, pido que recabe el asentimiento de la Sala para que tanto el proyecto al cual hice referencia anteriormente como el relativo a los derechos y deberes de las personas en materia de salud, se voten al término del Orden del Día.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Señor diputado, desde hace dos meses hay un acuerdo al respecto; de manera que no solicitaré más el asentimiento de la Sala para votar al final del Orden del Día.

El señor **LUKSIC**.- Punto de Reglamento, señora Presidenta.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **LUKSIC**.- Señora Presidenta, en el evento de que la tramitación del proyecto sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud, con urgencia calificada de “simple”, exceda las 15.30 horas, solicito que recabe el asentimiento para que la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia sesione en forma simultánea con la Sala, ya que se encuentra abocada al estudio de un proyecto relativo a los tribunales de familia, extraordinariamente importante, que debe ser despachado cuanto antes.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Ése es uno de los temas que quiero resolver en la reunión de Comités, señor diputado.

-o-

VI. ORDEN DEL DÍA

ESTABLECIMIENTO DE LA OBLIGATORIEDAD Y GRATUIDAD EN LA EDUCACIÓN MEDIA. Reforma constitucional. Primer trámite constitucional.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En el Orden del Día, corresponde abocarse al estudio del proyecto, en primer trámite constitucional y segundo reglamentario, que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media.

Diputado informante de las Comisiones unidas de Constitución, Legislación y Justicia, y de Educación, Cultura, Deportes y Recreación, es el señor Luksic.

Antecedentes:

-Segundo informe de las Comisiones unidas de Constitución y de Hacienda, sesión 34ª, en 12 de diciembre de 2002. Documentos de la Cuenta N° 1.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado informante.

El señor **LUKSIC**.- Señora Presidenta, este proyecto de reforma constitucional propone la obligatoriedad y gratuidad de la educación media.

Nuestro ordenamiento jurídico establece que las garantías constitucionales deben precisarse a través de leyes orgánicas. Sin embargo, en este caso, el constituyente de 1925 y el de 1980 decidieron que fuera a través de ley simple. Por eso, las Comisiones unidas decidieron rechazar, por mayoría de votos, la indicación formulada por varios diputados, cuyo objeto era suprimir la frase “en conformidad a la ley”, agregando una coma después de la palabra “obligatorias” y adicionando, a continuación de la palabra “Estado”, la frase: “en conformidad a una ley de quórum calificado,”; y, a continuación de su punto final, que pasa a ser punto seguido, incorporar la frase: “Las personas podrán contribuir al financiamiento de este sistema”.

En realidad, ella se aleja de la tradición jurídica en materia de garantías constitucio-

nales.

Sobre los beneficios de esta reforma constitucional se ha dicho todo. La ministra Aylwin fue clara y enfática al señalarlos. En consecuencia, sólo añadiré que se trata de sustituir el inciso quinto del número 10° del artículo 19 de la Constitución por el siguiente: “La educación básica y la educación media son obligatorias en conformidad a la ley, debiendo el Estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ellas de toda la población”.

Algunos diputados intentaron trasladar la frase “en conformidad a la ley” y colocarla después de “Estado”, con lo cual la norma diría: “...debiendo el Estado, en conformidad a la ley, financiar un sistema gratuito...”, pero su proposición fue desechada porque ya existe una legislación que regula el financiamiento de la educación básica y de la media, que requiere quórum de ley simple y, por lo tanto, no es necesario innovar al respecto.

En cambio, es pertinente poner el acento en el límite de 18 años de edad que habría para ejercer este derecho fundamental. Es decir, no puede pasar de 18 años de edad el chileno o la chilena que quiera hacer uso de esta garantía constitucional, y, por tratarse de una restricción, debe ser regulada en la Carta Fundamental. Sin embargo, el número 26° del artículo 19 de la Constitución establece: “26°.- La seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen las garantías que ésta establece o que las limiten en los casos en que ella lo autoriza, no podrán afectar los derechos en su esencia, ni imponer condiciones, tributos o requisitos que impidan su libre ejercicio”.

Así, el establecimiento del límite de 18 años de edad no restringe el núcleo esencial de esta garantía constitucional, que es la obligatoriedad y la gratuidad de la educación básica y de la educación media. Por lo tanto, reitero, no es necesario el traslado de

la frase mencionada, propuesto por algunos diputados.

Finalmente, quiero recordar a la Sala que para la aprobación de este proyecto se requieren dos tercios de diputados y senadores en ejercicio, aunque no me imagino que la voluntad de la Sala pueda ser otra, porque nadie lo entendería, especialmente las familias de más escasos recursos, cuya única oportunidad de dar una buena educación a sus hijos es a través de esta reforma a la Constitución, que la bancada de la Democracia Cristiana votará a favor.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Martínez.

El señor **MARTÍNEZ**.- Señor Presidente, no cabe duda de que la finalidad del proyecto de reforma constitucional es beneficiar a nuestra juventud y mejorar su calidad de vida, a fin de posibilitar, en definitiva, el progreso y el desarrollo del país, objetivo urgente en un contexto globalizado y extremadamente competitivo.

La indicación para incorporar la frase “en conformidad a una ley de quórum calificado” tenía como propósito abordar el financiamiento, punto central de la viabilidad de la iniciativa y garante de la mantención y perfectibilidad del sistema de financiamiento compartido que existe en numerosos establecimientos. Dejar un aspecto central como ése sujeto a mayoría simple constituye un factor que resta estabilidad al modelo vigente, el cual, en la práctica, ha resultado exitoso, pues, como aquí se ha dicho, implica un aporte de 2 mil 200 millones de pesos anuales.

Ahora, no parece adecuado que una materia tan significativa como la participación de los padres y apoderados en el financiamiento compartido quede entregada a eventuales mayorías, menos en momentos en que el discurso de personeros del Ministerio de

Educación apunta, precisamente, en la dirección de fortalecer e incrementar la participación de los padres y apoderados y de exigir resultados, dos ideas que las indicaciones que se han aludido pretendían materializar. A nuestro juicio, lo anterior se establece de mejor manera a través de una ley especial.

En consecuencia, no obstante votar a favor el proyecto, lamento que la indicación para incorporar la frase “en conformidad a una ley de quórum calificado” no haya sido acogida.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra, por dos minutos y treinta y dos segundos, el diputado señor Becker.

El señor **BECKER**.- Señor Presidente, tal como dijo el diputado señor Martínez, Renovación Nacional votará a favor de la reforma.

Las aprensiones de algunos diputados sobre la frase “en conformidad a una ley simple” se basan en que el financiamiento compartido debe ser regulado por una ley de quórum calificado. En mi opinión, el financiamiento compartido para los colegios municipales está garantizado porque el mensaje presidencial lo indica de manera expresa, ya que señala que el Gobierno no quiere terminar con dicho financiamiento, y, en segundo lugar, porque el proyecto de ley que se está redactando se refiere al financiamiento compartido y a otras materias, como la subvención diferenciada pro retención. Por lo tanto, el Ejecutivo, en todo momento, ha mostrado disposición a mantener dicho financiamiento, lo que me parece muy importante.

El proyecto de reforma constitucional es fundamental para la educación, porque permitirá que en el país se reduzca la brecha entre los más ricos y los más pobres. Por eso, Renovación Nacional lo votará a favor.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo de la bancada de la Democracia Cristiana, tiene la palabra el diputado señor Burgos.

El señor **BURGOS**.- Señor Presidente, a mi modesto entender, esta reforma constitucional es tan importante como el acuerdo con la Unión Europea, que se aprobó ayer casi por unanimidad, porque el establecimiento de la obligatoriedad de la educación básica y de la media tiene que ver con todos los ámbitos del país. La fase exportadora, la agregación de valor a nuestros productos y la negociación a la par con el resto del mundo están relacionadas con la capacidad de entregar educación de manera equitativa a las personas.

Los hitos que marcan la historia del país son claros. Los gobiernos de Germán Riesco, en 1901; de Arturo Alessandri, a comienzos de la década del veinte, y de Eduardo Frei Montalva, en 1965, forman parte de la larga lucha por incorporar a más gente a una educación mejor. Hoy estamos a las puertas de la aprobación de una reforma constitucional que es básica, sin perjuicio de la discusión que ha habido sobre el quórum que debe tener el proyecto, aspecto que, a mi juicio, es muy menor. Por lo tanto, debemos dar una señal que sea valorada por la gente.

El proyecto, más allá de la calificación de la urgencia dada por el Ejecutivo, es esencial para Chile, no para una alianza determinada. Por lo tanto, no demos más vueltas y votemos lo central: la obligatoriedad y gratuidad de la educación -básica y media- para los chilenos. A eso estamos llamados.

El quórum del proyecto podrá discutirse y analizarse, pero el aspecto central de la reforma es otro. ¿Es necesario que una norma constitucional haga tantos reenvíos a la ley? Creo que no, porque perfectamente ésta podría no tener ningún reenvío. De todos modos, va a asegurar a la población que el

sistema educacional es gratuito. Además, lo central es que el Gobierno y todos los chilenos queremos la reforma.

Tal como dijo el diputado señor Becker, la posibilidad de que los privados hayan participado en los últimos años en educación ha tenido algunos problemas, pero también fortalezas, porque la modalidad ha permitido incorporar más colegios y capitales privados. Por eso, no hay razón alguna para poner término a dicha incorporación, sino, más bien, de colaborar para que continúe, sin perjuicio de reconocer ciertas desventajas.

En consecuencia, es urgente votar el proyecto de reforma constitucional.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Quiero clarificar al diputado señor Montes que el acuerdo adoptado fue destinar cinco minutos por bancada.

Tiene la palabra, por un minuto y cuarenta y tres segundos, el diputado señor Ortiz.

El señor **ORTIZ**.- Señor Presidente, hace algunos días la Sala debatió en general este proyecto de reforma constitucional. Tal como lo dijo el diputado señor Burgos, se trata de una reforma constitucional histórica, así como lo fue también la ley primaria obligatoria muchos años atrás.

Por lo tanto, éste es el momento de que los ciento veinte diputados demostremos que, efectivamente, estamos legislando sobre los temas que interesan a la gente, y el de la educación es vital para la transformación del país.

Ayer -como se expresó-, ciento siete diputados ratificamos el acuerdo de libre comercio con la Unión Europea, que abarca diversos temas, como capacitación, perfeccionamiento, desarrollo tecnológico e intercambio cultural con los quince países que la conforman.

A pesar de todos los ataques que sufrí-

mos como Cámara de Diputados, estamos tramitando los proyectos tendientes a otorgar mayor bienestar y mejor calidad de vida a las personas, especialmente a los adolescentes.

Por eso, la bancada de la Democracia Cristiana va a votar favorablemente esta reforma constitucional que establece la posibilidad de que todos tengan acceso a la enseñanza media.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Comité del Partido Unión Demócrata Independiente, tiene la palabra el diputado José Antonio Kast.

El señor **KAST**.- Señor Presidente, ¿por qué hemos repuesto la indicación que se perdió por 10 votos contra 11 en la Comisión? Porque la UDI considera que la norma es imperfecta. En la actualidad, la obligatoriedad de la enseñanza básica está consagrada en la Constitución, donde se señala que la educación básica es obligatoria, y no se hace alusión a ley alguna.

Por lo tanto, decir que la educación básica y la educación media son obligatorias en conformidad a la ley, es reducir el estatus de la condición de obligatoriedad consagrada en la Constitución.

Se dice también que es asunto menor la redacción de las normas que se despachan, pero ello no es así. Es responsabilidad de la Cámara de Diputados redactarlas bien y no encomendar su corrección o perfeccionamiento al Senado. Me dijeron: “No, esto lo pueden arreglar en el Senado”. No. las normas deben salir en forma correcta desde su origen. Es nuestra responsabilidad. Nuestros electores nos van a valorar porque hagamos bien nuestro trabajo.

Repito que planteamos esa indicación -pudo haberse aprobado por unanimidad- en el sentido de trasladar la frase: “son obligatorias en conformidad a la ley” después de la

palabra “Estado”, para que la obligatoriedad de la educación básica y de la educación media quedaran de acuerdo con la Constitución y el financiamiento se regulara por ley. Tampoco fue aceptada en una discusión -reconozco- de pasillo, no oficial.

Pero la UDI está en contra de la demagogia. Se dice que es la reforma más importante que va a afectar al pueblo de Chile. Eso no es tan cierto, porque hoy el 90 por ciento de los alumnos reciben enseñanza media y solamente un 10 por ciento no concurre a los establecimientos, ya sea por falta de recursos o por deserción escolar normal.

Queremos perfeccionar el artículo único. Todos votamos a favor de la idea de legislar. Estamos de acuerdo en que la enseñanza media debe ser obligatoria, pero -insisto- la norma que despacharemos debe ser acabada.

Hoy, lo más importante -más que decir que 12 años de obligatoriedad de la educación van a sacar a este país del subdesarrollo- es que los niños chilenos sepan leer, escribir, sumar y restar, lo que hoy no se da. Los exámenes Simce, Tims y todas las encuestas confirman que nuestros jóvenes no están en condiciones de entender lo que leen. Eso debemos mejorar. Ésa va a ser la reforma histórica que debe hacerse en Chile para que nuestros niños estén preparados para la modernidad. Como dije en mi intervención anterior, necesitamos un cambio.

Reitero que la UDI no está en contra de los doce años de enseñanza obligatoria, sino a favor de perfeccionar la norma que debe despachar la Sala.

Esta indicación se perdió sólo por un voto en la Comisión. Por eso la replanteamos, y esperamos que hoy la voten favorablemente todos los diputados presentes.

Por último, el Reglamento de la Cámara establece que debe votarse al término de la discusión del proyecto de ley, y que, salvo acuerdo unánime de la Sala, su votación se puede trasladar para el final del Orden del Día.

Por lo tanto, exijo que se cumpla con el Reglamento.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra, por un minuto y 32 segundos, el diputado señor Sergio Correa.

El señor **CORREA**.- Señor Presidente, nuestra posición no tiene nada que ver con el proyecto en sí mismo, cuyo objetivo es hacer obligatoria la educación media. Si comparamos el consenso que hubo ayer para aprobar el tratado de libre comercio con la Unión Europea, con este proyecto, vamos a concordar también en que, para poder lograr el desarrollo que todos queremos, debemos mejorar la calidad de la educación; pero esto no se consigue mediante una simple ley, sino otorgando los recursos necesarios.

Por el hecho de que el trámite de esta iniciativa ha sido muy irregular y porque la señora ministra no ha respetado el acuerdo a que llegamos con ella, presentaremos nuevamente esa indicación.

Al momento de votar, nos vamos a abstener, como señal de rechazo a la actitud de la señora ministra.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Comité Socialista y Radical, tiene la palabra el diputado Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señor Presidente, como representante del Partido Radical, me es muy grato concurrir a la aprobación de este proyecto, que perfecciona la educación, el que, desde siempre, ha sido uno de los grandes objetivos de nuestro partido. Sabemos que a través de ella se superan las desigualdades entre las personas.

Nuestro partido, desde principios del siglo pasado, luchó por la enseñanza obligatoria. En 1920 se crearon los cuatro primeros años básicos; en 1929, los seis años bá-

sicos, y en 1965, los ocho años básicos.

Esta es la forma de conseguir las grandes metas, no sólo del gobierno del Presidente Lagos, sino de todo el país: que el crecimiento sea con igualdad, con equidad, y, además, insertar a toda nuestra comunidad en la globalización, de manera que ésta llegue a todos los sectores.

Ya lo señalaron los diputados Burgos y Correa, y yo también lo dije ayer, cuando aprobamos el acuerdo con la Comunidad Europea: nuestro país se construye con personas competentes; ésa es nuestra competitividad.

Esta reforma constitucional contiene esos objetivos: que nuestra educación básica y nuestra educación media sean obligatorias hasta los dieciocho años. Es decir, que ningún joven pueda llegar a esa edad sin estar matriculado en un establecimiento educacional. Se ha dicho que un 10 por ciento de jóvenes menores de 18 años no están recibiendo educación media. Esto ocurre especialmente en comunas rurales. Expreso esto en mi condición de representante de comunas con gran porcentaje de población rural, donde podemos comprobar el drama de que la tercera parte de los estudiantes que alcanzan la educación básica no logran cursar la educación media.

Confiamos en que, a través de esta reforma constitucional que hará obligatoria y gratuita la educación media, se vean beneficiados nuestros niños de los sectores más postergados, con mayor pobreza, que no llegan a la educación media debido a su alta tasa de deserción, con lo cual nuestra sociedad va a alcanzar sus grandes objetivos. Así, el país podrá crecer con equidad, y los beneficios que hoy otorgan los diferentes tratados de libre comercio, como el que aprobamos ayer con la Unión Europea, y los que aprobaremos con los Estados Unidos y con Corea, los recibirán todos los sectores, en especial los más postergados.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada Carolina Tohá.

La señora **TOHÁ** (doña Carolina).- Señora Presidenta, esta reforma constitucional va a llegar quizá un poco tarde respecto de la realidad, porque en Chile hace tiempo que la educación media, en la práctica, es obligatoria. Hoy, sin enseñanza media, no es posible encontrar un espacio en el mercado laboral, y, obviamente, no es posible seguir estudios superiores y existen restricciones severas para cualquier sistema de capacitación. Un chileno sin enseñanza media no logra ser un ciudadano completo.

Por lo tanto, esta reforma es tardía y no podemos postergarla más. Es urgente que la aprobemos hoy sin ningún otro trámite o medida, pero es necesario poner sobre el tapete lo que ha dificultado su tramitación, puesto que, en teoría, todos están de acuerdo con ella.

Entiendo que la aprensión de la UDI es consecuencia de que, el día de mañana, cuando legislemos para hacer efectiva esta reforma -porque por sí misma es insuficiente y va a ser necesario legislar después-, se afecte el sistema de financiamiento de la educación en Chile y, en particular, el de financiamiento compartido.

Me parece legítimo que existan inquietudes, pero pido a los colegas de la UDI, especialmente a quienes forman parte de la Comisión de Educación, que no supediten una reforma constitucional a temores. No podemos, a través de las distintas medidas que han propuesto, limitar, asegurar y, de alguna manera, pactar esta reforma a cambio de que garanticemos que después no se va a discutir el sistema de financiamiento compartido. Ésa no es una manera correcta de legislar ni tampoco de tratar este tema. Lo principal es el derecho a la educación, y lo secundario es cómo se financia y cuál es el rol de los pri-

vados en la materia.

Por lo tanto, pese a que la bancada de la UDI ya planteó su punto de vista, insisto en que haga el esfuerzo de aprobar este proyecto de reforma, de manera que se sepa que existe un gran acuerdo en este hemiciclo en el sentido de que la educación media sea obligatoria y garantizada por el Estado para todos los jóvenes chilenos. Mañana discutiremos el sistema de financiamiento -la ministra ha expresado que no le interesa eliminar el financiamiento compartido-; pero no nos pidan una especie de juramento a priori que restrinja nuestras facultades legislativas cuando discutamos el proyecto de ley que haga efectiva y reglamente esta reforma constitucional.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Carlos Montes hasta por 3 minutos y medio que restan a su bancada.

El señor **MONTES**.- Señora Presidenta, como ya señalaron varios diputados, este proyecto constituye un hito en el proceso de reforma educacional. Se trata de incorporar como derecho fundamental, como garantía constitucional, la obligatoriedad de la enseñanza básica y de la media en el país.

Por su intermedio, señora Presidenta, quiero decirle al diputado señor Kast que esto no es demagogia. Un país vive con principios, con derechos, y, en la medida en que establezcamos como garantía la obligatoriedad de la enseñanza media, haremos un bien al país. Eso no puede llamarse demagogia. Es la expresión de la voluntad colectiva de un país que se traduce en una reforma constitucional de esta envergadura. Se ha tratado de llevar la discusión hacia el sistema de financiamiento, que no dice relación con el proyecto. Estamos discutiendo un principio global, y el financiamiento no está incluido. En todo caso, no puede figurar en

el N° 10° del artículo 19 de la Constitución Política, que se refiere al derecho a la educación. Aquí se ha pretendido incorporar en el derecho a la educación la defensa del pago de los padres, el financiamiento compartido. Ésa es otra discusión.

Lamento que la UDI haya distorsionado el debate; que haya tratado de desviar una materia tan importante y consensual hacia un tema de naturaleza distinta, de otra envergadura. Basta con ver qué asuntos tienen que ver con leyes orgánicas constitucionales.

El Gobierno no está por terminar con el aporte de los padres a la educación, con el financiamiento compartido. Hemos sido muy críticos con ese sistema, pero no por eso no somos partidarios de otras modalidades de aporte de los padres. Hay que ser más justos.

Por ejemplo, el colegio particular San Ignacio, de El Bosque, tiene un sistema de pago mucho más justo que el de financiamiento compartido. Allí los padres pagan de acuerdo con sus ingresos. En el sistema de financiamiento compartido se paga independientemente del ingreso, lo cual es una barrera a la entrada; pero -reitero- ésa es otra discusión que no tiene que ver con el proyecto que estudiamos.

Pretenden que la disposición sea de quórum calificado, pero se ha modificado dos veces y no presenta esa calificación.

Me llama la atención que la UDI se preocupe de que se pague, pero no manifieste igual preocupación por resolver las desigualdades educativas.

Si quieren votar en contra del proyecto, y con ello, la reforma se viene abajo, tendrán que responder al país por el hecho de no establecer como garantía constitucional el derecho fundamental de doce años de enseñanza obligatoria.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana

(Presidenta).- En el tiempo del Comité del Partido por la Democracia, tiene la palabra, hasta por 2 minutos y medio, la diputada María Antonieta Saa.

La señora **SAA** (doña María Antonieta).- Señora Presidenta, hoy estamos ante una de las discusiones más importantes, y me da mucha lástima que, por un ideologismo, por una ideología, se quiera empañar este logro histórico para el país.

Nos planteamos doce años de enseñanza obligatoria porque existe esa posibilidad. Si esto es demagogia, entonces toda nuestra Constitución lo es, porque en ella se establecen metas.

Por su intermedio, señora Presidenta, le digo al diputado señor Kast que esto no es demagogia, sino una aspiración que puede ser cumplida.

Nuestra Constitución Política dispone la no discriminación; sin embargo, ésta existe. Señala, también, que todos los chilenos somos iguales ante la ley; pero todavía no lo somos. Dice que hombres y mujeres somos iguales ante la ley; no obstante, en la sociedad conyugal el marido es el jefe. Esto es desigualdad. La Constitución pone metas como país.

Hoy tenemos una posibilidad histórica. Pongamos las cartas sobre la mesa. A través de un subterfugio, se trata de dar rango constitucional a algo que no lo amerita. Si el diputado Kast sostiene el principio liberal de que no haya educación gratuita y que se mantenga el financiamiento compartido, que lo diga claramente, pero que no se escude detrás de un acuerdo histórico que deberíamos apoyar por unanimidad para introducir su ideología en el campo educacional.

El financiamiento compartido tiene su lógica. A mí no me gusta. Creo que la educación gratuita es sumamente importante para los chilenos; pero pido que no se esconda el problema ni empañemos algo tan importante como esta reforma.

Si la UDI vota en contra, sería una pena, porque ante el país quedaría muy mal. El Congreso no puede quedar mal.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Solicito el acuerdo de la Sala para votar los proyectos al término del Orden del Día.

¿Habría acuerdo?

No hay acuerdo.

Tiene la palabra la señora ministra de Educación.

La señora **AYLWIN**, doña Mariana (ministra de Educación).- Señora Presidenta, ayer la Cámara aprobó el tratado de libre comercio con la Unión Europea.

Chile se está incorporando al mundo como el primer país latinoamericano que suscribe acuerdos con la Unión Europea, con los Estados Unidos y con Corea; pero, para cumplirlos cabalmente, requiere mejorar su sistema educacional en distintas líneas. Como país, estamos comprometidos en mejorar la calidad de la educación, y para lograrlo hay muchas iniciativas. Sin embargo, aún es necesario mejorar la cobertura en algunos niveles, uno de los cuales es fundamental: la enseñanza media. Hay que tener en cuenta que, si bien contamos con una cobertura de 90 por ciento, en los sectores más pobres es de 82 por ciento. Es decir, cerca del 20 por ciento de los jóvenes de esos sectores no llega a la enseñanza media. En los sectores más ricos la deserción es de 1,5 por ciento.

Ésa es la gran brecha de oportunidades que se produce en la enseñanza media entre los sectores más acomodados y los más modestos.

Por otra parte, en los países más desarrollados, alrededor del 85 por ciento de los jóvenes egresa de la enseñanza media. En Chile, distinguiendo entre la cobertura y el número que ingresa, sólo egresa el 65 por ciento; los demás van quedando en el cami-

no.

Pensamos que el proyecto es muy importante, porque, en el mundo del siglo XXI, menos de doce años de escolaridad significa quedar condenado a la marginalidad. En ese sentido, pensamos que es un proyecto de país que se junta con otras iniciativas y se puede abordar en la forma como hemos avanzado en el último tiempo.

La necesidad de poner en el artículo único del proyecto de reforma constitucional la frase “en conformidad a la ley”, obedece a que hay que definir varias cosas. Por ejemplo, hasta qué edad se va a exigir la enseñanza media y cuáles son los instrumentos necesarios para poder cumplir con la obligatoriedad que se impone el Estado, que debe financiarla. No es banal dicha frase, porque si sólo se relaciona con el financiamiento, impide abordar otros asuntos que hay que perfeccionar en nuestra legislación para hacer obligatoria y gratuita la enseñanza media.

Por último, quiero señalarles con mucha franqueza, a quienes creen que esta iniciativa es demagógica -felizmente, no lo he oído, salvo en un solo diputado, porque la mayoría se ha mostrado muy favorable a ella- y que el Gobierno no cumple con su palabra, que voten en contra. El país juzgará. Reitero que esta iniciativa es importante. Estoy segura de que la mayoría de los diputados y de las diputadas así lo entienden, pero cada uno es libre para tomar su decisión.

Espero que el país pueda contar con esta reforma constitucional para poder avanzar con equidad hacia una mejor integración en el mundo de hoy.

Gracias.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En primer lugar, voy a someter a votación la indicación presentada al artículo único por varios señores diputados de la UDI y por algunos de Renovación Nacional.

El señor **LETELIER** (don Juan Pablo).- Señora Presidenta, pido que se lea.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- El señor Prosecretario le va a dar lectura.

El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario) La indicación renovada es la siguiente: suprimir, en el artículo único, la frase “en conformidad a la ley”.

Agregar una coma (“;”) después de la palabra “obligatorias”.

Intercalar, entre las palabras “Estado” y “financiar”, la frase “en conformidad a una ley de quórum calificado”, y

A continuación del punto (.) final del artículo, que pasa a ser punto (.) seguido, incorporar la siguiente frase: “Las personas podrán contribuir al financiamiento de este sistema”.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación la indicación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 31 votos; por la negativa, 61 votos. Hubo 2 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Rechazada.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Alvarado, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, González (doña Rosa), Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Martínez, Masferrer, Moreira, Paya, Pérez (don Ramón), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Varela y Von Mühlenbrock.

-Votaron por la negativa los siguientes

señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Ascencio, Becker, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Ibáñez (doña Carmen), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Lagos, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Longton, Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (doña Lily), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

-Se abstuvieron los diputados señores Álvarez-Salamanca y Correa.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el proyecto.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 94 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 2 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobada la reforma constitucional.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Encina, Errázuriz, Escalona, Forni, Galilea (don Pablo), García-Huidobro, Girardi, González

(doña Rosa), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Ibáñez (doña Carmen), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Lagos, Leal, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Moreira, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Rebolledo, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-Votó por la negativa el diputado señor Kast.

-Se abstuvieron los diputados señores Correa e Ibáñez, don Gonzalo.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra la señora ministra.

La señora **AYLWIN**, doña Mariana (ministra de Educación).- Señora Presidenta, simplemente quiero agradecer y valorar el respaldo a esta iniciativa.

Gracias.

-Aplausos.

REGULACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN MATERIA DE SALUD. Primer trámite constitucional.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- A continuación, corresponde conocer, en primer trámite constitucional, el proyecto de ley sobre derechos y deberes de

las personas en materia de salud.

Diputado informante de la Comisión de Salud es el señor Sergio Ojeda.

Antecedentes:

-Mensaje, boletín N° 2727-11, sesión 4ª, en 12 de junio de 2001. Documentos de la Cuenta N° 1.

-Informe de la Comisión de Salud, sesión 35ª, en 17 de diciembre de 2002. Documentos de la Cuenta N° 10.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Cito a reunión de Comités.

Informo a la Sala que a las 13.00 horas, término del Orden del Día, voy a proceder a cerrar el debate del proyecto.

Tiene la palabra el diputado informante.

El señor **OJEDA**.- Señora Presidenta, ¿de cuánto tiempo disponemos para analizar y debatir este proyecto?

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- De diez minutos, diputado.

El señor **OJEDA**.- O sea, la nada misma para un proyecto tan importante.

Señora Presidenta, éste es uno de los proyectos más trascendentes, dentro de los derechos y las prerrogativas de las personas respecto de la atención que reciben en los distintos servicios de asistencia o prestadores de salud.

La Comisión contó con la asistencia de su presidente, diputado señor Patricio Cornejo; de la diputada señora María Angélica Cristi, y de los diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Francisco Bayo, Marcelo Forni, Guido Girardi, Juan Masferrer, Patricio Melero, Iván Moreira, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, Osvaldo Palma y Alberto Robles, y del ex diputado señor Rafael Arratia.

Asimismo, asistió, por la vía del reemplazo, la diputada señora María Eugenia

Mella.

He dejado testimonio de estos nombres, porque han trabajado arduamente en el proyecto.

El proyecto, sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud, se inició en mensaje de su Excelencia el Presidente de la República.

Esta iniciativa tiene urgencia calificada de "simple", cuyo plazo vence el 19 de diciembre de 2002.

La Comisión, por la unanimidad de los diputados presentes, acordó que no existen disposiciones de carácter orgánico-constitucional o de quórum calificado.

Además, por la misma unanimidad se acordó que el proyecto no contiene normas que deban ser conocidas por la Comisión de Hacienda.

El fundamento del proyecto radica en la exigencia establecida en el número 9º del artículo 19 de la Constitución Política del Estado, en cuanto a respetar y promover el derecho a la protección de la salud. En ese sentido, "Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley,...".

En nuestra legislación no existe carta o cartilla que dé cuenta en forma expresa de los derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan en carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud, y que regule la relación entre las personas y los prestadores de salud, aun cuando existe una carta de derecho de los pacientes, firmada entre el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, vigente desde 1998. Pero no hay instrumentos legales de carácter coercitivo con las características de una norma jurídica o de una disposición legal.

Por ello, tanto las ideas matrices o fundamentales como los objetivos del proyecto consisten en regular los derechos y deberes

de las personas en la relación persona-prestador de salud, tanto en lo relativo al acceso a la atención de salud como al otorgamiento de las prestaciones requeridas. En concreto, la iniciativa regula en forma expresa derechos fundamentales, tales como la información, el consentimiento informado, el libre acceso a las acciones de salud, la privacidad y el trato digno.

Esta normativa será aplicable a todos los organismos prestadores de salud, sean éstos públicos o privados, y otorgará a sus usuarios un instrumento de conocimiento de los derechos que les asisten y de los deberes que sobre ellos recaen en la relación que inicien con los referidos prestadores.

El Gobierno, al legislar sobre la materia, responde a las recomendaciones, compromisos y declaraciones de distintos organismos internacionales, como Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud. Además, existe el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, así como la Convención de los Derechos de la Mujer y otros, que instan a los países a avanzar en la protección de los derechos de las personas, especialmente en lo relacionado con la salud. Por ello, esta iniciativa es una respuesta a la exigencia o recomendación de estos organismos internacionales.

Concurrieron a la Comisión diferentes autoridades para dar a conocer sus puntos de vista; entre ellas, la ex ministra de Salud, doctora Michelle Bachelet; el presidente del Colegio Médico de Chile, doctor Juan Luis Castro; el subdirector del hospital Roberto del Río y asesor del Ministerio de Salud, doctor Francisco Olivari, y el ministro de Salud, don Osvaldo Artaza, quien ha tenido una presencia permanente en la Comisión.

Por razones de tiempo, aun cuando habría sido interesante explayarse sobre el tema, no podré dar a conocer las opiniones, ni siquiera de manera resumida, de cada uno de esos

personeros. Espero que en el transcurso de la discusión se pueda decir algo al respecto.

En la discusión particular se tomó como base el texto de la indicación sustitutiva del Ejecutivo, actualizado conforme a las normas aprobadas de los siguientes proyectos: el que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana; el que establece un régimen de garantías en salud; el que modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional, y el que establece financiamiento del gasto fiscal necesario para los planes Auge y Chile Solidario.

Esta indicación sustitutiva no difiere en absoluto de las ideas matrices y originales y de los objetivos específicos que se tuvieron en vista en el proyecto original, por lo que se dio paso a su discusión.

La indicación sustitutiva tiene 25 artículos, muchos de los cuales fueron modificados parcialmente, sustituidos en forma integral o simplemente aprobados sin ninguna enmienda.

El artículo 1° del proyecto establece:

“Artículo 1.- Esta ley regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.

Se limita el ámbito de los derechos y deberes sólo al momento en que se recibe la atención y no se refiere al acceso, sino sólo cuando ingresa y se retira el paciente del servicio que le ha prestado la atención de salud.

Se ha establecido esa precisión y se ha concordado esta disposición legal con la norma constitucional respecto de las acciones de salud.

Cuando se habla de acciones de salud, se refiere también a otro tipo de atenciones, como son, por ejemplo, los medicamentos. Ello corresponde a una indicación de los diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo,

Ojeda, Palma y Robles.

Estas disposiciones legales se aplicarán en cualquier organismo prestador de acciones de salud -ya sea público o privado-, y se otorga el derecho perentorio que tiene toda persona, en orden a que cualquiera que sea el prestador que le otorgue la atención de salud, ésta se dará “sin discriminación arbitraria alguna por razones de sexo, orientación sexual, etnia, raza, religión, condición física o mental, nivel socioeconómico, ideología, afiliación política o sindical, cultura, nacionalidad, edad, información genética u otras”.

Se trata de una disposición legal que establece la no discriminación en salud, hoy tan importante, por todos los problemas que se han generado últimamente en cuanto a malas atenciones respecto de ciertas personas por motivos injustificados.

“Las personas con discapacidad o invalidez física o mental, u otras que el Ministerio de Salud determine por razones sanitarias deberán ser atendidas en forma especial...”, siguiendo con la legislación y la tendencia en materia de preferencia o de atención de los discapacitados. También fue una indicación de los señores diputados.

El proyecto define lo que son los prestadores que van a estar vinculados a los pacientes. Además, regula las relaciones entre los prestadores, que son aquellos servicios que otorgarán la atención médica a los pacientes, y define las expresiones “prestadores institucionales” y “prestadores individuales”, para los efectos de la relación usuario-prestadores. Los derechos de las personas en salud son varios. Estimo que esta es la importancia que tiene este proyecto, que, por lo demás, consagra varias prerrogativas, verdaderos símbolos en materia de derechos humanos. Por ejemplo, el derecho a un trato digno, el derecho a un trato generoso, el derecho a un trato respetuoso cuando los pacientes deban acudir a los servicios de atención médica para ser atendidos; además,

deben ser recibidos en todo momento y en cualquier circunstancia durante su atención de salud, lo que también implica deferencia y comprensión respecto del lenguaje, comprensible y adecuado, que deben recibir, sin importar su origen étnico, nacionalidad o condición social.

Asimismo, se deberá velar para que se adopten normas de cortesía y amabilidad, junto con arbitrar medidas para proteger la privacidad de las personas en la atención de salud. Para ello, hay una serie de prohibiciones que están señaladas en la ley en tramitación, como, por ejemplo, fotografías, filmaciones, grabaciones o entrevistas, salvo por autorización expresa del paciente y del médico tratante.

Por otra parte, al paciente le asiste el derecho de tener la compañía de parientes o amigos cercanos, lo que también es una prerrogativa y una importante facultad, como también el derecho a la asistencia espiritual, lo que concuerda con lo que señala la ley N° 19.638, de 14 de octubre de 1999, que establece normas sobre la constitución jurídica de las iglesias y organizaciones religiosas, la que establece el derecho o igualdad en materia de credos religiosos, respecto de la asistencia espiritual.

Las personas también tienen derecho a la información. Es una facultad importantísima y trascendente dentro de lo que es la libertad o el valor del consentimiento y la necesidad de enterarse de los antecedentes de su enfermedad. Esta información debe ser completa, oportuna y veraz, sea en forma visual, verbal o por escrito, sobre su estado de salud, posibles diagnósticos, enfermedades, alternativas de tratamientos disponibles para su recuperación, los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado y el proceso predecible postoperatorio, materias a las cuales se refiere el artículo 7° del proyecto.

Por otra parte, cabe hacer mención de uno de los temas más importantes de este

articulado: la reserva de la información contenida en la ficha clínica. Se establece la decisión informada de las personas que, ante una muerte inminente, puedan consentir si están de acuerdo en que el tratamiento siga adelante o que se suspenda, en razón de lo que es el valor de su consentimiento y voluntad para determinar su muerte. Se habla del buen morir, del derecho a morir y de la libertad de la persona para determinar el término de su vida en el instante en que esté a punto de producirse el desenlace.

Señor Presidente, lamento que no pueda informar como corresponde un proyecto de tanta relevancia como éste, y que se refiere a los derechos y deberes de los pacientes. Se trata de un estatuto que, por primera vez, va a insertarse en nuestro ordenamiento jurídico y que responde a la necesidad de que las personas sean bien atendidas.

Por lo tanto, someto a consideración de esta honorable Cámara este proyecto, que materializa los derechos consagrados en la Constitución Política de la República y en los tratados internacionales, por cuanto establece para la persona los derechos esenciales que le asisten en su carácter de paciente en entidades públicas y privadas, prestadoras de salud, hecho que ubica a nuestro país a la vanguardia en el reconocimiento de esta categoría de derechos. Quizás, no abarqué totalmente todo lo que hubiese deseado exponer en materia de derechos y deberes de las personas, pero ello no obsta a sostener que nuestro país está dando un gran paso en esta importante área social.

Por las razones expuestas, solicito a esta Cámara, dados el análisis y el extenso debate desarrollado durante el estudio de la Comisión, aprobar todo lo obrado por la misma. Asimismo, felicito al ministro de Salud y al Gobierno por este gran proyecto, el cual hacía mucha falta y se necesitaba como complemento de los demás que integran la llamada reforma de la salud. Sin este proyecto de derechos y deberes, no tendría sen-

tido esta gran reforma que hoy se quiere implementar sobre la base de los principios de la universalidad y solidaridad, a fin de integrar a todas las personas a la atención de la salud como un derecho universal. Es decir, esta mañana estamos defendiendo un derecho humano más.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Pedro Álvarez-Salamanca.

El señor **ÁLVAREZ-SALAMANCA**.- Señor Presidente, como estamos viendo el tema de la salud, es muy pertinente lo que quiero plantear. Represento a una zona rural de gente muy modesta y pobre, con tasas de cesantía extremadamente altas, como son las que hay en la Séptima Región, y con una situación muy compleja desde el punto de vista agrícola. Se trata de gente que mira el progreso de este país por televisión y que, muchas veces, no lo tiene en su casa. Por eso, y para aprovechar la oportunidad de que se encuentra presente el ministro de Salud, no me gustaría dejar pasar un tema que, a mi juicio, es muy importante. En el programa de alimentación complementaria -que tendrá otro nombre-, la entrega de leche a los niños pobres de entre cuatro y seis años ha sido suspendida por contribuir a generar el problema de la obesidad infantil. Si bien la leche tiene materia grasa, ésta se puede sustraer, pues, para el crecimiento de los niños, lo fundamental es el contenido proteico, vitamínico y de sales minerales de la leche. Por lo demás, sin grasa, ella cuesta bastante menos.

Entonces, quisiera que el ministro nos explicara a qué se debe esta decisión. Si se trata de un problema de ahorro o de obesidad. Que nos cuente la verdad. Me parece inconcebible, precisamente cuando estamos elaborando una serie de iniciativas para mejorar los sistemas de salud en general de las

personas, dejar a centenares de nuestros niños pobres sin un respaldo estatal, como lo es el otorgado durante muchísimos años para entregarles una mejor condición de salud. Además, me parece irónico que un gobierno socialista entregue medio litro de leche, y el otro lo quite.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor Artaza.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, brevemente. Nuestro país ha cambiado sus necesidades epidemiológicas. Así como los problemas materno-infantiles nos afectaron en los años 50, y la desnutrición, en los 70, hoy tenemos el problema de la obesidad en los niños. Aquí no se trata de imponer un concepto de ahorro, sino de utilizar los recursos en los grupos más vulnerables. Por lo tanto, estamos dispuestos a revisar los estudios técnicos, de manera que la leche pueda destinarse a tales grupos. Queremos estar seguros de que los recursos del Estado, que no son infinitos, vayan a quienes realmente más requieren de un soporte nutricional. En todo caso, repito, estamos disponibles para revisar los estudios técnicos y convocar a los especialistas que sea menester para que todos estén absolutamente tranquilos en cuanto a que las decisiones que se adopten apunten exclusivamente al objetivo deseado.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Guido Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señor Presidente, me referiré brevemente al proyecto sobre derechos de los pacientes.

Una reforma que pretende modernizar la salud y hacerla más eficiente debe atender no sólo la infraestructura y los procedimientos, sino también -he ahí su principal desafío- la reforma conductual de los usuarios y

de quienes trabajan en el sistema de salud. Una gran reforma implica comprender que es necesario cumplir con la ciudadanía en salud, lo que significa entender que ésta no depende del Estado, ni de hospitales, ni de consultorios, sino de las personas. Si ellas no tienen un estilo de vida saludable ni consumen leche de baja caloría; si no contribuimos a enfrentar el tabaquismo, el alcohol y la droga; si no existe un estilo de conducción consciente y no existen paternidad y maternidad responsables, no podremos avanzar en salud. El Estado puede garantizar a la gente la solución de sus problemas de una enfermedad, pero no de salud, la cual es una tarea compartida que requiere compromiso de toda la población.

Como parte de ese compromiso, considero fundamental que Chile establezca una norma legal. Quizá es cierto que no se necesitaba una ley, pero ésta impone una señal de que queremos elevar al máximo nivel lo que aquí se ha dado en llamar “derechos del paciente”. El hecho de que existan derechos quiere decir que va a haber ciudadanía. Los derechos deben ser construidos, exigidos, cumplidos y fiscalizados por ella. Pero en Chile no hay derechos. Sé que ello es dramático. Si uno se pone a la salida de un pabellón de un hospital público, puede constatar que la carga asistencial es inmensa. De hecho, si uno pregunta a un médico que va saliendo de un quirófano a quién operó, es posible que sólo sepa que intervino a un hombre o a una mujer y entregue la edad relativa del paciente, pero es bastante improbable que conozca su nombre. En este país, todavía existen hospitales públicos en los cuales los padres no pueden estar con los hijos cuando ellos se hospitalizan. Hice mi internado en la maternidad del hospital Barros Luco. Allí, los hombres enviaban cartas a sus mujeres -ellas se encontraban en un piso inferior del establecimiento asistencial- con ayuda de un hilo. Se trata de situaciones que verdaderamente atentan contra

algo fundamental en salud: la dignidad. Queremos pacientes que sean mencionados por su nombre, que tengan y puedan exigir derechos, que no sean discriminados en función de si son hombres o mujeres, jóvenes o viejos, indígenas o no indígenas. Queremos un trato en salud que dé cuenta de temas fundamentales. El paciente tiene derecho a la confidencialidad, a decidir si quiere hacerse un tratamiento. En tal sentido, cada vez que una persona vaya a recibir una simple inyección, debe ser consultada.

Además, es necesario normar las investigaciones médicas. En Chile, miles de personas han probado procedimientos anticonceptivos y medicamentos sin haberseles consultado si querían ser parte de esos protocolos médicos. Los ciudadanos no pueden seguir siendo tratados como conejillos de Indias por el simple hecho de ser personas pobres.

La licencia médica debe ser propiedad de los pacientes. Eso ha de ser regulado. En Chile ocurren negligencias médicas, pero son las menos. La calidad de los médicos y de los equipos de salud es excepcional. No obstante, parte de las negligencias médicas se originan en una mala relación médico-paciente o en el hecho de que el equipo de salud no tiene tiempo para explicar en profundidad la dolencia del paciente. Por ello, es necesario que la ficha sea propiedad del paciente y que éste sea informado respecto del diagnóstico, tratamiento o pronóstico, todo lo cual debe realizarse con humanidad. Todos esos elementos van a disminuir lo que la gente a veces percibe como negligencias, que muchas veces no son tales, sino únicamente falta de información.

Considero que los consultorios deben erradicar de una vez por todas los malos tratos y construir sistemas de salud acogedores. Esos establecimientos no pueden seguir atendiendo a dos, tres o cuatro personas a la vez en un mismo box. Se trata de pasos sustantivos que debe dar la salud chilena y tienen que ir a la par con todos los procesos de

modernización.

Asimismo, es necesario terminar con ciertas prácticas que ocurren en las clínicas privadas. En esos lugares se cobran insumos que muchas veces no fueron utilizados. En ocasiones, en la boleta de cobro figura, por ejemplo, el consumo de una caja completa de medicamentos, en circunstancias de que el paciente sólo ha ingerido un comprimido. En esta línea, también es necesario poner fin a la exigencia del cheque en garantía, problema que, evidentemente, no soluciona el proyecto en debate. Se trata de otra práctica que atenta contra la dignidad de los pacientes.

Los pacientes también tienen responsabilidades, como dar buen trato a quienes los atienden, asumir con rigor los tratamientos que se les prescriben, colaborar con el proceso de salud y entender que éste no persigue fines paternalistas. En tal sentido, el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud es quizá el más importante de los cinco que conforman la reforma, y debe darse a conocer en todas partes, no sólo en los hospitales y consultorios. La carta de los derechos de los pacientes debe constituir una prolongación de la carta de declaración de los derechos humanos. En efecto, se trata de una declaración de la sociedad chilena en relación con los derechos humanos de los ciudadanos que se transforman en pacientes. Por lo tanto, la promoción, el debate y la participación ciudadana ligados a ella son fundamentales.

Chile necesita de una carta de derechos de los pacientes. Los ciudadanos deben hacerlos exigibles, comprometerse con ellos, fiscalizarlos, de modo de entender que la salud no sólo se circunscribe a una tecnología. La salud es un arte y tiene que ver con un estado de bienestar y, en ocasiones, de sugestión. A veces, el médico, sólo con un buen trato, resuelve el 75 por ciento de los problemas del paciente; el restante 25 por ciento se vincula a tratamientos médicos o a

intervenciones quirúrgicas.

Por último, quiero referirme brevemente al tema relativo a la leche.

Chile ha cambiado. Los problemas médicos ya no se vinculan con la desnutrición, sino con la obesidad. Hay niños mayores de cuatro años que reciben leche, lo cual no está de acuerdo con sus necesidades nutricionales. Hace un tiempo, tuvimos un debate muy intenso en relación con la Junaeb. En esa ocasión, señalé que ese organismo no estaba entregando una nutrición adecuada y que los niños estaban engordando. Todo ello generó una gran polémica. Finalmente, todo lo que planteé fue acogido: la Junaeb cambió la composición de las raciones, y en lugar de proporcionar una fruta semanal, ahora entrega doce.

Ahora estamos centrados en la misma discusión. Hay que focalizar mejor la entrega de la leche, la que debe ser suministrada a quienes tienen menos. No podemos seguir engordando a los niños, por lo que estimo que la decisión tomada por el ministerio es adecuada. Culturalmente, quizá se entienda este paso como un dejar de hacer algo simbólicamente bueno. Sin embargo, aquí hay que caminar de la mano del avance científico. Los recursos que se dejarán de entregar deben ser focalizados en personas que tienen mayores necesidades. Quizá hoy no es necesario entregar leche, sino frutas, fibra, deporte y calidad de vida. Tal vez es eso lo que necesitan los niños mayores de cuatro años. No es posible que la educación preescolar exhiba una tasa de obesidad de un 12 por ciento, en circunstancia de que el máximo esperable no debe superar el 2 por ciento. En tal sentido, el Estado no puede seguir colaborando en la generación de enfermedades cardiovasculares, infartos y accidentes vascular-encefálicos.

El debate sobre esta materia debe darse en un ambiente serio. En tal sentido, deben concurrir todos los antecedentes y fundamentos para analizarla en profundidad.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se encuentran inscritos ocho diputados para hacer uso de la palabra. El proyecto está en su primer trámite constitucional y reglamentario.

Propongo prorrogar el Orden del Día hasta las 13.30 horas, para que puedan usar de la palabra los señores diputados que se encuentran inscritos. Luego, se procederá a votarlo en general, y pasará a segundo informe de la Comisión. También podemos votarlo de inmediato. Estamos en el primer informe, por lo cual, si lo votamos en general, vuelve a la Comisión. No hay problema para prorrogar el tiempo hasta las 14.00 horas. Me interesa tratar ahora la iniciativa, ya que, en caso contrario, quedará pendiente hasta enero.

El señor **FORNI**.- Señor Presidente, solicito que suspenda la sesión por cinco minutos para ponernos de acuerdo en la Comisión de Salud.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Muy bien, señor diputado.

Se suspende la sesión por cinco minutos.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se reanuda la sesión.

Se ha propuesto a la Mesa que intervengan dos señores diputados por bancada, incluidos los que ya hablaron, y votar el proyecto a las 13.30 horas. Si las intervenciones son breves, todos alcanzarán a hablar.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Marcelo Forni.

El señor **FORNI**.- Señor Presidente, en verdad, no cabe duda de que estamos en presencia de un proyecto muy importante,

tanto que fue considerado por la señora Michelle Bachelet, ex ministra de Salud, como el primer proyecto de la gran reforma de salud anunciada por el gobierno del Presidente Lagos. Sin embargo, hoy ya no se habla de este proyecto como uno más del paquete de la reforma, pero es evidente que al establecer los derechos y deberes de las personas en salud, y al estar la reforma centrada en las personas, está estrechamente vinculado a las demás iniciativas que ahora estudia el Congreso Nacional.

Lamento que en la discusión de esta iniciativa, dada la urgencia que le colocó el Ejecutivo, se haya tenido que despachar en una sola sesión, en circunstancias de que ha estado en el Congreso durante más de un año.

Sin perjuicio de lo ya expresado por otros parlamentarios respecto de la necesidad de legislar sobre esta materia, quisiera centrar mi intervención en un tema tremendamente delicado y que dice relación con el derecho a la vida. De ahí la importancia de que discutamos este punto con detención, y, por qué no, de escuchar en las próximas semanas la opinión de gente especializada.

Entiendo de buena fe que no ha sido el objetivo del proyecto consagrar la eutanasia en el Párrafo 5º, de la decisión informada, artículos 13 y siguientes. Sin embargo, muchas veces ocurre que no siendo la finalidad del legislador, una norma mal redactada o mal interpretada puede terminar estableciendo una cosa distinta a la deseada por el autor de la iniciativa.

Esto es particularmente grave cuando lo que está en juego es la vida de una persona, pues una errada interpretación de las normas de este párrafo podría, sin quererlo, abrir la puerta a la consagración en nuestro país de la eutanasia.

No creo tampoco que, aun cuando ése fuera el objetivo perseguido por el Ejecutivo, este Congreso Nacional hubiera concurrido con sus votos a justificar un doble es-

tánder en materia de derecho a la vida: por una parte, celebrar el término de la pena de muerte y, por la otra, consagrar la tristemente célebre eutanasia.

El presidente del Colegio Médico ha manifestado una posición contraria a estos artículos y él ha hablado de eutanasia pasiva. En verdad, y en eso hay que ser claros, la eutanasia es una sola: activa o pasiva, y en nuestro país ambas constituyen un delito.

Cualquier vida, aun la más indigna, merece ser vivida, y por ello la eutanasia, moralmente, es inaceptable. No existe, entonces, ninguna diferencia entre una acción encaminada a la muerte y la omisión de una determinada acción que pueda impedir la. El fin es el mismo e igualmente inaceptable.

Quienes en el mundo justifican la eutanasia siempre se escudan en un fin noble, que consiste en aliviar el sufrimiento, pero es igualmente condenable desde los puntos de vista moral y ético, y sancionable desde el punto de vista jurídico.

Es importante tratar de buscar las causas por las cuales llegamos a este debate, y parece fácil advertirlas cuando analizamos ciertas tendencias que se dan hoy en el mundo moderno. La primera es la búsqueda permanente e incesante del bienestar material por las personas. En esta perspectiva, no es difícil comprender que la muerte aparezca como algo sin sentido, incluso como deseable su anticipación indolora. Esta cultura del bienestar impide captar, muchas veces, el sentido que tienen en la vida las situaciones de limitación y de sufrimiento.

Para quienes somos legisladores católicos es muy fuerte el mensaje y ejemplo de vida de una mujer que, precisamente, dedicó su vida a cuidar enfermos terminales y moribundos. Por eso, no podemos pasar por alto la invitación que nos hace Sor Teresa de Calcuta a no tener miedo y a aceptar el sufrimiento.

Hay una segunda tendencia que postula la autodeterminación de las personas, pu-

diendo ellas hacer lo que quieran con sus vidas, principio en esencia contradictorio, pues sus partidarios propician el suicidio y la eutanasia, que son una afirmación, pero, a la vez, destrucción de la persona. Lamentablemente, también hay en este debate una tendencia cada vez más frecuente a analizar este problema como una discusión de costo-beneficio.

Es evidente que en esta perspectiva, y desde un criterio puramente utilitarista, el paciente terminal o moribundo es un pésimo negocio y una carga para el sistema, pues demanda gran cantidad de medios y recursos.

Quiero ser franco y pensar que ninguna de estas concepciones es la que inspira el proyecto del Ejecutivo; pero, lamentablemente, la redacción de estos artículos nos podrían llevar a un terreno muy peligroso, en el cual interpretaciones erradas abrieran camino a la consagración de la eutanasia.

Con la misma fuerza con que rechazamos la eutanasia, condenamos también el ensañamiento terapéutico que trata de prolongar la vida y evitar la muerte, cualquiera sea el costo para el paciente y su familia.

El dilema se plantea porque hoy los avances médicos permiten prolongar la vida cada vez más, por lo cual se producen situaciones límite, en que la prolongación artificial de la vida, por medios desproporcionados e irracionales, produce un impacto físico, económico y emocional en el enfermo y en su familia. Esto tampoco es digno del ser humano. Pero, ¡ojo!, no tratemos de solucionar un problema que afecta la dignidad de las personas permitiendo un atentado de lesa humanidad, como es la eutanasia. Rechazar esta obstinación terapéutica no es provocar la muerte, sino sólo aceptar que no es posible impedirla.

¿Por qué la redacción de los artículos del proyecto del Ejecutivo generan problemas y dudas? En primer lugar, porque se altera la verdadera relación que debe existir entre un

médico y un paciente. Así, de la simple lectura del proyecto queda claro que el médico, olvidando el juramento hipocrático, pasa a ser un mero empleado del paciente, pues en determinadas situaciones, incluso con consecuencia mortal, está obligado a acatar su voluntad. En segundo lugar, se utilizan en el proyecto términos que aumentan las dudas. ¿Cuándo estamos en presencia de enfermos terminales? ¿Cuándo una persona en precario estado de salud, a causa de una lesión corporal o de una enfermedad grave e incurable, puede autorizar que se le niegue un procedimiento médico, lo que le puede acarrear la muerte? ¿Cuándo se puede prever que a una persona le quedan pocas expectativas de vida? Más grave, y aún inaceptable, me parece la institución del testamento vital, en virtud del cual una persona de antemano, y estando bueno y sano, ante un notario o bien ante el director del establecimiento hospitalario y dos testigos, puede firmar su sentencia de muerte rechazando cualquier procedimiento médico, a sabiendas de que ello implicará su muerte.

Por estas razones, los diputados de todos los partidos presentamos una indicación que sustituyó gran parte de ese párrafo por un solo artículo que, en opinión de quienes lo apoyamos, evita el encarnizamiento terapéutico sin abrir puertas que permitan pensar que con ello se consagra la eutanasia.

Esta indicación fue aprobada mayoritariamente por la Comisión, restringiéndose adecuadamente el ámbito de aplicación de la voluntad del paciente. Así, sólo la persona que en virtud de este proyecto fuera informada de que su muerte es inminente e inevitable podrá otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier intervención, procedimiento o tratamiento cuyo único objetivo sea prolongar artificialmente su vida de modo irracional y desproporcionado.

La indicación contempla, entre otros aspectos, el derecho de toda persona a vivir

con dignidad hasta el momento de su muerte y, en consecuencia, el derecho a los cuidados paliativos que permitan hacer más soportable los efectos de la enfermedad; el derecho a la compañía de sus familiares, y el derecho a recibir asistencia espiritual; además, el procedimiento a aplicar en el evento de que el paciente sea menor de edad o tenga dificultades de entendimiento.

En una materia tan importante como ésta, los parlamentarios no podemos tener posiciones tibias ni menos doble estándar que pueden debilitar nuestra firme posición de defensa del derecho a la vida. Por ello es importante destacar el apoyo transversal a esta indicación, que no hace otra cosa que hacerse cargo de un problema real que tienen muchos chilenos, cuya muerte es inminente y cuyo costo e impacto emocional, físico y económico es muy alto, sin necesidad de abrir camino al asesinato: la eutanasia.

Los diputados de la UDI votaremos favorablemente en general este proyecto en los términos en que ha sido informado por esta Sala, y esperamos que el Ejecutivo no insista en reponer disposiciones que nuevamente pudieran hacer surgir dudas en esta materia.

Considerando que este proyecto es un derecho civil para las personas con salud y que los moribundos siguen siendo personas, a aquellos que pudieran considerar que estos enfermos son una carga, quiero recordarles una historia que vivió Sor Teresa de Calcuta. Ella contó que un día recogió de la calle a un hombre que tenía el cuerpo cubierto de gusanos y lo llevó a su casa. Este hombre no maldijo ni culpó a nadie de su situación. Simplemente dijo: “He vivido como un animal en la calle, pero voy a morir como un ángel: amado y atendido”. Tardamos tres horas en limpiarlo, dijo Sor Teresa. Finalmente, el hombre levantó la vista hacia la hermana y dijo: “Me voy a casa a ver a Dios”. Y dicho esto, murió. Sor Teresa dijo, posteriormente, que jamás había visto una

sonrisa tan radiante como la de aquel hombre.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señor Presidente, estamos frente al tercer proyecto de ley del conjunto de cuatro que conforman la reforma de la salud. Ya despachamos, en su primer trámite constitucional, la iniciativa de ley sobre gestión pública y autoridad sanitaria; la semana pasada revisamos y aprobamos en general el proyecto sobre el plan Auge, y hoy nos corresponde examinar el proyecto sobre deberes y derechos de las personas en salud.

Este proyecto, de la mayor importancia, que se enlaza con otras iniciativas -como lo vamos a ver más adelante-, establece derechos de los pacientes que pueden ser exigibles ante la autoridad sanitaria.

Cuando el legislador es capaz de determinar derechos y deberes, estamos frente a un estado muy superior de la legislación en nuestro país. Considero que éste es un derecho muy importante porque le estamos dando poder a las personas para que ellas mismas ejerzan su opción a través de las instituciones que estamos fijando en estos cuerpos legales.

Este proyecto de ley, de una u otra manera, se coloca a la altura del proyecto sobre garantías explícitas exigibles por ley, que ya aprobáramos, como hice referencia, y significa un conjunto de derechos de las personas.

Una parte importante del proyecto señala que no debe haber discriminación arbitraria por razones de sexo, orientación sexual, etnia, raza, religión, condición física o mental, nivel socioeconómico, ideología y otras. Además, que las personas con discapacidad podrán ser atendidas en forma preferente. También contempla la definición sobre pres-

tadores institucionales y prestadores individuales, la cual es extraordinariamente importante en nuestro concepto legal, porque dice relación con el resto de los proyectos de ley, especialmente con la modificación del decreto ley N° 2763, que ya aprobáramos.

Se refiere a lo que significa un trato digno de las personas, emplear y velar para que en los establecimientos se utilice un lenguaje adecuado y comprensible. ¡Qué cosa más importante y básica la que estamos estableciendo! Adoptar y velar por que en los establecimientos se usen actitudes que se ajusten a las normas de la cortesía y amabilidad, y arbitrar las medidas para proteger la privacidad de la atención de salud. Sabemos muchas veces que no se aplican estas normas y que las personas son atendidas sin los elementos mínimos de privacidad.

Dispone las medidas necesarias para evitar que durante la atención se realicen filmaciones, se tomen fotografías, se entreviste al enfermo o exista algún tipo de grabación. Hemos visto en la prensa algunos espectáculos realmente indignantes sobre cómo se atenta contra la privacidad de las personas, los que, finalmente, son transmitidos por la televisión u otros medios.

Se deja estipulado que los establecimientos de carácter docente asistencial deben tener acuerdos, y será el Ministerio de Salud el que determine, a través de un decreto, las relaciones que deben regir en estos establecimientos. Sabemos que hoy, en los hospitales de carácter docente, los pacientes son examinados por una gran cantidad de alumnos, lo cual debe ser regulado.

También nos hemos preocupado de lo que significa el derecho a tener compañía y asistencia espiritual, como también del derecho a la información. No quiero ampliarme sobre el consentimiento informado, porque el diputado señor Marcelo Forni ha hecho una amplia exposición sobre este derecho, que lo hemos consensuado entre parlamentarios de diferentes bancadas, acordándolo en

la forma que se encuentra en el artículo 13 del proyecto.

Quiero terminar mi intervención señalando que también se incluye, como un elemento importante en estas disposiciones, el hecho de que los prestadores institucionales -públicos y privados- deberán exhibir en forma destacada los precios de los insumos y medicamentos que se cobren por la atención de los pacientes. Igualmente, se tendrá que otorgar un informe de alta. Las personas se llevarán consigo un informe que detalle todas las prestaciones que han recibido, el diagnóstico, el nombre del médico tratante. Por último, cabe manifestar que también se dispone en este proyecto el otorgamiento de la ficha clínica, documento extraordinariamente importante para las prestaciones en salud, el cual será de propiedad del paciente, como quedó establecido en este proyecto de ley, ficha que podrá ser entregada a otras instancias sólo con la autorización del paciente, quien será el propietario final, independientemente de que éste sea guardado y reservado por cada uno de los prestadores.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Hago presente a los señores diputados que a las 13.30 horas se iniciará la votación general de este proyecto.

Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, este tema es trascendente para las personas y para la sociedad. Parece simple, pero tiene matices difíciles de abordar, y límites complicados de mantener.

La salud se consagra como un derecho de las personas. Se establece y se regula, según nuestras leyes, como un deber preferente del Estado y del Gobierno, cual es respetar y promover el derecho a la protección de la salud. Los tratados internacionales, ratificados por nuestro país, también consagran ese

derecho. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, OMS, a partir de 1990, inició una campaña a nivel de gobiernos para promulgar cuerpos legales referidos a los derechos a la salud.

Hay derechos que es preciso regular y dejarlos claramente establecidos para exigir y dar lo correcto, sea un trato digno, mantener la privacidad en el acceso a la salud, en un consentimiento informado en el derecho a vivir y a morir, según nuestras normas legales, y en la privacidad de las personas.

Un derecho importante, de acuerdo con la ley vigente, es el relativo a la asistencia espiritual de toda religión en igualdad de condiciones, situación que aún no ocurre en nuestros establecimientos asistenciales. Se continúa discriminando a los pastores evangélicos en su acceso a ellos para ejercer su ministerio. Esa situación debe solucionarse.

Es un buen proyecto que ha sido enriquecido con la participación activa de todos los integrantes de la Comisión de Salud. Allí, el Ejecutivo adhirió a las iniciativas de varios señores diputados y se trabajó con altura de miras en una iniciativa técnica y con alcances sociales, filosóficos, éticos y morales, especialmente delicados.

Preocupación importante de la Comisión fueron los artículos relacionados con decisiones frente a casos graves e irreversibles, como la eutanasia, el acto deliberado de un enfermo de poner fin a su vida, sea por voluntad propia o de algunos de sus familiares, decisión en todo caso contraria a nuestra ética médica y a nuestras leyes, aunque por otro lado, está el respeto del principio del derecho natural a morir con dignidad, libre de molestias. Es necesario legislar con claridad respecto de estos casos, por cuanto no se deben traspasar los límites naturales en el afán de prolongar la vida, indefinidamente, en forma artificial. Aunque los motivos muchas veces pueden ser loables, no se puede llegar al extremo de privilegiar los intereses

económicos de ciertas instituciones que juegan con los sentimientos de los pacientes y de sus familias, o de los cercanos a sus afectos.

El tema se aprobó con una indicación que presentamos varios diputados y que logró el consenso entre la Comisión y el Gobierno. Ello siempre con el deseo de buscar la mejor ley; discutiendo el punto en la forma más amplia y profunda, y escuchando las más diversas opiniones en un encuentro a programar a la brevedad.

Este proyecto se aplica a cualquier prestador, independientemente de su calidad, sea privado o público. Asimismo, es importante dejar en claro que se debe evitar caer en excesos que lleven a nuestro país a plagarse de demandas en contra del Estado y de los prestadores, las más de las veces sin objetivo claro, salvo perseguir logros económico-financieros que llevan, como en otros países, a encarecer los costos de salud en forma desmedida, sin mejorar en nada la calidad de la atención, sino al contrario.

Éste es un buen proyecto y, al igual que los pacientes, espero que no sea una declaración más, como muchas otras que mantienen las falencias en salud. Ojalá que se solucionen las dificultades en el acceso, en la oportunidad, en la calidad de la atención y en las tremendas iniquidades que aún persisten en Chile, sobre todo para las personas de escasos recursos y de la clase media, a quienes les cuesta más que a otros mejorarse. Ésta es una deuda del Estado y del Gobierno.

Por último, quiero expresar mi molestia por tratar estos temas tan importantes con una celeridad que va en desmedro de la calidad, sobre todo en temas éticos, morales y filosóficos que ameritan tranquilidad, profundidad y respeto en su discusión.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Agui-

ló.

El señor **AGUILÓ**.- Señor Presidente, sólo para decir que la bancada de diputados del Partido Socialista votará favorablemente el proyecto de ley sometido a nuestra consideración.

Como lo han manifestado todos nuestros colegas y como muy bien lo informó el diputado señor Sergio Ojeda, se trata de un proyecto muy importante porque tiende a establecer y a normar los derechos de las personas una vez que han ingresado a un centro asistencial de salud. Aquí se dijo que la iniciativa establece el derecho a un trato digno.

Con mucha franqueza quiero expresar que junto a otros proyectos de ley que estamos analizando en la reforma a la salud, en particular el que fue despachado al Senado, sobre autoridad sanitaria, éste generará un impacto muy importante, positivo por cierto, en el sector público de salud chileno, donde, con razón, muchos compatriotas reclaman acerca de la ausencia de un trato digno y, por qué no decirlo, mínimamente humano. De modo que un aspecto muy relevante que se norma mediante esta iniciativa es el trato que deben recibir las personas cuando recurren a un centro asistencial en busca de remedio para su enfermedad.

Además se planteó que dentro de los derechos que consagra este proyecto de ley está el relativo a la información, a la que deben tener acceso todos los usuarios al concurrir a un centro médico. Y dentro de este derecho, deseo subrayar que, por lo menos en lo referente a las clínicas privadas, se entrega una facultad extraordinariamente importante para que un paciente, al que se le suministran medicamentos de la más variada naturaleza, pueda contar con la información adecuada para pagarlos o reemplazarlos al valor del costo del mercado.

Debemos comprender que el centro asistencial en el que una persona se somete a

una intervención quirúrgica, queda en una situación de monopolio respecto de los insumos que le son entregados al paciente, quien no tiene posibilidad para comprarlos o para consultar precios alternativos.

Al mismo tiempo, este proyecto de ley entrega el derecho a la privacidad del conjunto de antecedentes de salud del paciente, como la ficha clínica y su manejo. Las instituciones que pudieran ser objeto del derecho a conocer los antecedentes que en ella se consignan, y otras decisiones de esa naturaleza vinculada a la realidad de salud del paciente, son también derechos consagrados en este proyecto de ley.

Por último, quiero expresar que junto a los colegas Carlos Montes y Juan Bustos presentamos una indicación para hacer más eficaz el reclamo de estos derechos. Algunos colegas que me antecedieron en el uso de la palabra, dijeron que si un proyecto de ley consagra un conjunto de derechos, pero no establece con exactitud y precisión los mecanismos para hacerlos exigibles, eventualmente corren el riesgo de quedar en letra muerta. De ahí, la presentación de nuestra indicación a fin de hacer más expedita y perentoria su exigencia.

Esperamos que en el segundo informe, que realizará la Comisión de Salud en las próximas semanas, el proyecto de ley pueda, entre otras materias, ser aprobado con la indicación mencionada.

Por todas estas razones, ratifico el apoyo unánime de los diputados socialistas al proyecto de ley.

He dicho.

-o-

-La Mesa saluda y da la bienvenida a don Orlando Gutiérrez, secretario ejecutivo del Directorio Democrático Cubano, y a la señora Elizabeth Channel, representante de la Fundación People and Need, de la República Checa.

-Aplausos.

-o-

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Ha llegado a su término el Orden del Día.

Corresponde votar en general el proyecto. Si se aprueba, volverá a la Comisión para su discusión en particular.

La lista de los oradores, con los diputados señores Kast, Riveros, Burgos, Bayo, Jaramillo, Accorsi, Robles y Rossi, quedará en poder del señor Secretario para que, cuando vuelva de su segundo trámite reglamentario, puedan hablar en los primeros lugares.

El señor **ROBLES**.- Punto de Reglamento, señor Presidente.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, nuestro Comité quiere hacer uso de su derecho a intervenir en la discusión del proyecto, al menos por dos minutos, antes de cerrar el debate.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Señor diputado, la Sala acordó que hablarían los diputados que alcanzaran a hacerlo antes de las 13.30 horas, momento en que finalizó la prórroga del Orden del Día.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, insisto en nuestro derecho reglamentario para intervenir en esta ocasión.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Su Señoría integra un comité junto con diputados del Partido Socialista y ya habló el diputado Aguiló.

¿Habría acuerdo para dar un minuto al diputado Robles?

Varios señores **DIPUTADOS**.- ¡No!

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- No hay acuerdo.

El señor **BAYO**.- Punto de Reglamento, señor Presidente.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, solicito que, además de la consideración especial acordada en favor de quienes no alcanzamos a hablar en esta oportunidad, se incluyan sus intervenciones en el boletín oficial de sesiones.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Señor diputado, de conformidad con lo establecido en el Reglamento, su Señoría tiene derecho a pedir la inserción de su discurso en el Acta. Además, quedó inscrito para hablar en el segundo trámite reglamentario del proyecto.

-En conformidad con el artículo 85 del Reglamento, se incluye la siguiente intervención no pronunciada en la Sala y que cumple con lo dispuesto en el artículo 10 del mismo cuerpo normativo:

El señor **BAYO**.- Es indudable que el proyecto en debate es de una jerarquía mayor, ya que se pone por sobre los sistemas de salud.

Resulta positiva la idea de legislar en torno a humanizar la atención de salud colocando a sus protagonistas: médicos, personal paramédico y auxiliar, pacientes y familiares, en un marco de respeto mutuo, respeto del paciente por su médico, y de éste y de todos los actores del equipo médico por el paciente, quien se encuentra, generalmente, en una condición disminuida y de alta vulnerabilidad.

Con lo anteriormente expresado, quiero

dejar claramente establecido que las personas son el verdadero centro de la reforma en salud.

También quiero destacar el carácter universal de la legislación propuesta, ya que se refiere a los derechos y deberes de todos los pacientes, sean públicos o privados.

La realidad, señora Presidenta, es que hoy el paciente privado “exige” que se le atienda, mientras que el paciente público sólo puede “rogar” que se le atienda. Ello es inadmisibles en el Chile de hoy y del futuro.

No me referiré a temas específicos ya que lo hicieron antes colegas que me precedieron en el uso de la palabra. Más bien quiero expresar mi preocupación por el respeto al derecho a elegir que tienen las personas en lo referente al subsistema: la elección de la institución y el profesional que satisfaga su demanda. Es necesario y debemos perfeccionar esa materia.

Las grandes diferencias surgidas en el tema de los derechos y los deberes de las personas del proyecto inicial felizmente fueron consensuadas. Pero tenemos algunas observaciones en relación con la fiscalización del cumplimiento de la ley. En el título IV se establecen las normas para que las personas reclamen sus derechos y se entrega a la autoridad sanitaria, en este caso director regional de Salud, esta responsabilidad superior.

Frente a este hecho, dos observaciones:

- 1º Esta figura no existe en el día de hoy, pero está planteada en el proyecto sobre autoridad sanitaria, actualmente en el Senado. Es muy posible una modificación en esta materia, lo que obligaría a una adecuación de la normativa.
- 2º Parece aconsejable que, estando orientado este proyecto al sector público y privado, la fiscalización provenga de un organismo independiente, como una Superintendencia de Salud o algo similar.

En concreto, votaremos positivamente la idea de legislar, confiando no sólo en la ley, sino en que haya un cambio de actitud de

todos los actores involucrados para que los objetivos enunciados en el mensaje se materialicen.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Cerrado el debate.

En votación el proyecto.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 85 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Aprobado en general el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud.

Pasa a segundo informe reglamentario.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Bustos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Encina, Escalona, Forni, García-Huidobro, Girardi, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hales, Ibáñez (doña Carmen), Jaramillo, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Lagos, Leal, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Monckeberg, Montes, Mora, Moreira, Muñoz (don Pedro), Navarro, Norambuena, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urru-

tia, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

-El proyecto fue objeto de las siguientes indicaciones:

Al artículo 6°

1. Del señor Navarro, para agregar en su inciso segundo, luego de la palabra “conformidad”, la siguiente frase: “a sus propias creencias y convicciones las que deberán ser respetadas con la sola expresión verbal o escrita de ésta o lo expresado en la ley.”.

Al artículo 12

2. Del Ejecutivo, para reemplazar, en su inciso tercero, los numerales 4° y 5°, por los siguientes:

“4°.- Al Ministerio de Salud, a las Direcciones Regionales de Salud, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones y a los organismos señalados en el artículo 15 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en los casos en que los datos sean necesarios para fines de seguimiento, investigación, estadísticos, de salud pública, de fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social.

5° Al Instituto de Normalización Previsional, a las Mutuales de Empleadores de la ley N° 16.744 y a las Instituciones de Salud Previsional, quienes sólo podrán solicitar informes sobre aspectos específicos de la ficha clínica, para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o de seguridad social.”.

Al artículo 13

3. De los señores Jaramillo, Ortiz y Vidal, doña Ximena, para eliminar, en su inciso primero, la frase “de modo irracional o

desproporcionado.”.

4. Del señor Navarro, para agregar, como inciso cuarto nuevo, el siguiente:
“En todo caso para el debido cumplimiento del derecho que les asiste a las personas en virtud del inciso primero de este artículo, toda persona tiene derecho a manifestar por escrito su voluntad, de tal manera de garantizar su fiel cumplimiento.”.

Al artículo 23

5. De los señores Aguiló, Bustos, Montes, Navarro y Muñoz, para modificarlo de la forma que se expresa a continuación:
- Agregar, en su inciso primero, después del punto (.), lo siguiente: “La respuesta al reclamo deberá realizarse dentro del plazo más breve y en todo caso no superior a 10 días.”.
 - Adicionar, en su inciso segundo, después del punto (.), lo siguiente: “Respecto de su resolución el reclamante podrá recurrir de queja ante la Corte de Apelaciones respectiva.”.
 - Suprimir, en su inciso tercero, la frase “el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito;”.

-o-

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, al proyecto se le han formulado varias indicaciones. En ese sentido, no cabe duda de que la Comisión de Salud va a requerir de un tiempo adecuado y prudente para analizarlas con la debida profundidad.

Agradezco a los parlamentarios por la votación favorable del proyecto y a todo el personal administrativo del Congreso Nacional, por el esfuerzo y abnegación que han tenido para el tratamiento de éste y de los demás proyectos de la reforma en la salud.

Muchas gracias.

VII. PROYECTOS DE ACUERDO

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO**.- Punto de Reglamento, señor Presidente.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO**.- Señor Presidente, aprovechando la presencia del ministro en la Sala, parlamentarios de distintas bancadas presentamos un proyecto de acuerdo con el objeto que el Ministerio de Salud reconsidere y deje sin efecto la medida destinada a suspender la entrega de leche, en forma gratuita, a los niños de entre cuatro y seis años, a partir del 1 de enero próximo.

Queremos recabar la unanimidad de la Sala para tratarlo en forma inmediata. De lo contrario, no habría posibilidad alguna de hacerlo este año, porque estaremos de vuelta en enero de 2003.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- ¿Habrá acuerdo al respecto?

Acordado.

PETICIÓN PARA DEJAR SIN EFECTO CESE DE ENTREGA DE LECHE A MENORES DE SEIS AÑOS.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El señor Prosecretario dará lectura al proyecto de acuerdo N° 171.

El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario).- Proyecto de acuerdo N° 171, de los señores García-Huidobro, Barros, Bauer, Rossi, Riveros, Meza, Palma, Sánchez, Galilea y Álvarez.

“Considerando:

Que la política social del Estado, dirigida a la satisfacción de las necesidades básicas en el plano de la salud a fin de reducir la mortalidad infantil y las morbilidades prevenibles, llevó a la formación de Instituciones como el Consejo Nacional para la Alimentación y la Nutrición Infantil.

Que el rol de estas instituciones es fundamental para enfrentar el flagelo de la desnutrición, en que los afectados -en este caso, los menores- no perciben directamente el costo social que significa su situación de desamparo y que el rol del Estado es formular, supervisar y evaluar los programas nacionales de alimentación complementaria tendientes a corregir situaciones de riesgo o corregir formas específicas de malnutrición, velar por la cantidad y calidad de una alimentación adecuada de la población con mayor riesgo de vulnerabilidad.

Que, si bien la modificación de los programas señala que la reducción de la leche, cereal y arroz eliminaría el problema de la obesidad -enfermedad en aumento en la sociedad-, es válido destacar que los alimentos enunciados anteriormente no son los causantes de este fenómeno, sino los trastornos en los hábitos alimentarios, por lo que se hace necesario establecer incentivos que permitan que los menores con mayor grado de vulnerabilidad de la población tengan la

debidamente asistencia médica para controlar esta situación.

Con gran asombro, se ha tomado conocimiento de que, durante las últimas semanas, los consultorios de salud de las regiones Sexta y Séptima, y, muy posiblemente, los del resto del país, han recibido una circular que anuncia el cese de la entrega de leche a menores entre los cuatro y seis años, a partir del 1 de enero de 2003, excepto para los niños de las setenta comunas más pobres del país.

Esta medida, según el organismo competente, se explica porque la desnutrición ya no sería un problema, por los altos índices de obesidad que registrarían los niños, y porque este alimento esencial, eventualmente, sería reemplazado por alimentos de bajo costo, poco nutritivos y con altos contenidos de grasa, lo cual aumentaría el problema de la obesidad.

Otra de las razones que aparece de los antecedentes corresponde a un ahorro de dos mil setecientos millones de pesos (\$2.700.000.000) que haría el Ministerio en virtud de la aplicación de esta medida.

De todos los antecedentes que acompañan esta medida, no se demuestra la suficiente fundamentación técnico-científica que explique las razones médicas o de salud pública en que está basada, y, lo más increíble, no hay firma alguna de ninguna autoridad que asuma responsablemente su aplicación.

Este alimento vital -como lo es la leche desde las primeras horas de vida de los seres humanos- ha permitido por décadas que el país tenga índices de desnutrición bajísimos, similares a los de países desarrollados, sin considerar, además, que la entrega de leche representa, para las familias de más escasos recursos, una ayuda fundamental para la alimentación de los niños y, muchas veces, de los demás miembros del grupo familiar, que la reciben como único alimento diario, dada su condición de extrema pobreza.

Desde un punto de vista técnico debe tenerse en cuenta que la leche constituye un aporte vitamínico esencial, difícil de obtener por otros medios, y permite el suministro del calcio necesario para prevenir enfermedades óseas en general.

En el mismo sentido, si la preocupación de la autoridad son los altos índices de obesidad de los niños, la forma de enfrentar el problema sería rebajar el nivel de grasa contenido en la leche, pero no privar a los niños de este esencial alimento.

De esta manera, se produce el contrasentido de mantener el suministro de leche para ciertos niños -los de las setenta comunas más pobres- y privar al resto; es decir, sólo para algunos la obesidad sería un problema. Pero, además, por un problema de focalización, existirían niños de extrema vulnerabilidad correspondientes a otras comunas, que no recibirían el beneficio.

En definitiva, la medida que propone el Ministerio de Salud no tiene sustento técnico y priva autoritariamente este alimento a un gran número de niños del país, los que, por una nueva política de ahorro en prevención por parte de las autoridades de turno, es muy probable que sufran graves consecuencias futuras y de alto costo de recuperación.

La Cámara de Diputados acuerda:

Solicitar al Ministro de Salud reconsiderar y dejar sin efecto el cese de la entrega de leche a menores entre los cuatro y seis años a partir del 1 de enero de 2003, y enviar a cada uno de los consultorios del país instrucciones claras y precisas para continuar entregando el beneficio.”

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor del proyecto de acuerdo, tiene la palabra el diputado señor García-Huidobro.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO**.- Señor Presidente, a la dirección de salud de la Sex-

ta Región -tengo entendido que también a las de las regiones Séptima y Décima- ha llegado la información de una propuesta de cambios en el programa nacional de alimentación complementaria para menores de seis años. Es decir, los menores de entre cuatro y seis años dejarían de recibir la leche a partir del 1 de enero del próximo año. O sea, en pocos días más.

A nuestro entender, esta medida debe ser reestudiada y nuevamente analizada por el Ministerio de Salud. No podemos dejar de reconocer que el país ha progresado en los índices de nutrición y que la leche que se entrega a los niños en los consultorios ha contribuido a su desarrollo físico e intelectual.

Quiero aprovechar la presencia del señor ministro en la Sala para pedirle que asuma el compromiso de suspender la medida, dada la necesidad de hacer estudios más profundos sobre la materia. Por ejemplo, el doctor Fernando Monckeberg ha dicho que el cese en la entrega de la leche es una decisión preocupante, ya que es un alimento indispensable en el desarrollo de quienes se están formando. No comparte el argumento de la autoridad para reducir la entrega del producto, ya que la obesidad tiene una causa distinta a la de la entrega de leche.

En un informe de don Jaime García, eminente nutriólogo de la Universidad de Chile, se dice que correspondería haber adaptado una leche entera a una leche descremada o semidescremada y no quitarla, como ocurriría en este caso.

Estos eminentes académicos señalan la conveniencia de consultar a las sociedades científicas y a los investigadores al respecto.

Pedimos que la medida se reconsidere, puesto que muchos hogares reciben este apoyo alimenticio, fundamental para el desarrollo de los niños, tanto físico como psíquico, con lo cual les continuaríamos dando igualdad de oportunidades.

Se dice que los niños obesos son el resultado de la alimentación complementaria que se les está entregando. Creemos que el tema debería ser analizado más profundamente por los científicos y técnicos, y que la medida, que no resulta grata para los hogares que no recibirían más leche, debe ser suspendida.

Como la medida no se aplicaría en las comunas más pobres, sólo la recibiría el 25 de los niños, lo cual quiere decir que quedarían fuera del beneficio el 75 por ciento, porque la medida no se aplicaría en las comunas menos pobres aunque no ricas.

Por eso, aprovechando la presencia del ministro en la Sala, queremos pedirle que se suspenda la medida y se efectúe un estudio mucho más profundo al respecto.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor, por un minuto, tiene la palabra el diputado señor Jaime Quintana.

El señor **QUINTANA**.- Señor Presidente, a lo señalado quiero agregar que de aplicarse la medida, ésta provocará un desincentivo en el consumo de leche, el que ya se ha reducido considerablemente en los últimos años. Hoy, Chile exhibe un consumo per cápita de, aproximadamente, 118 litros al año, en circunstancias de que cualquiera país con estándares razonables de nutrición está por sobre los 160 litros, e incluso, cercanos a los 300 litros en algunos países europeos.

La medida también va a generar un desincentivo en el control del niño sano, porque, muchas veces, las madres llevan a los lugares de atención primaria, postas y consultorías a los niños al citado control para acceder a la leche. Con ello se dificultará la radiografía completa que actualmente se tiene sobre la evolución de los niños de uno a seis años mediante el control de niño sano.

Quiero reiterar que, a juicio de muchos

especialistas, el argumento que se ha dado respecto de la incidencia del consumo de leche en la obesidad infantil es un elemento discutible.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor, tiene la palabra, por un minuto, la diputada señora Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, quiero manifestar mi preocupación por el término del beneficio de entrega de leche en los consultorios a los menores más necesitados.

Desde hace más de dos años hemos planteado en la subcomisión de Presupuesto de Salud que existe un fondo para el Programa Nacional de Alimentación Complementaria de 32 millones de dólares. Sin embargo, existen antecedentes de que entre los recursos asignados para la compra de leche para niños y ancianos y el monto total queda un excedente de aproximadamente ocho millones de dólares, el cual no se ocupa. En la subcomisión pedimos revisar la situación, a fin de dar un uso adecuado al excedente.

Si el Ministerio de Salud ha adoptado la medida a raíz de ese planteamiento, una vez más no ha focalizado en forma adecuada el beneficio, porque para nadie resulta lógico que en estos momentos se suspenda la entrega de leche a los niños más pobres y a los ancianos que la necesitan. La situación ahora es distinta a lo que ocurrió tiempo atrás, cuando la leche en polvo se usaba para rayar canchas.

En consecuencia, mediante el proyecto de acuerdo solicitamos que el Ministerio de Salud reconsidere el término del beneficio, porque la entrega de leche es fundamental. El excedente disponible del fondo mencionado podría ser destinado a otros buenos usos en salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).-

Ofrezco la palabra para hablar en contra del proyecto de acuerdo.

Ofrezco la palabra.

En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 74 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Becker, Bertolino, Bustos, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Encina, Forni, García-Huidobro, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Hales, Ibáñez (doña Carmen), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Lagos, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Monckeberg, Montes, Moreira, Mulet, Muñoz (don Pedro), Ojeda, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Ulloa, Uriarte, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

-Se abstuvo la diputada señora Vidal (doña Ximena).

REMISIÓN DE PROYECTO PARA AMPLIAR GIRO DE LA EMPRESA DE CORREOS DE CHILE.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Solicito el acuerdo de la Sala para tratar, sobre tabla, el proyecto de acuerdo N° 172.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor Prosecretario dará lectura al proyecto de acuerdo.

El señor **ÁLVAREZ** (Prosecretario).- Proyecto de acuerdo N° 172, de los diputados señores Muñoz, don Pedro; Pérez, don Aníbal, Rossi, Ojeda y Recondo.

“Considerando:

1° Que es necesaria una reforma de la ley de la Empresa de Correos de Chile. Esta afirmación se sostiene si se tienen presentes los hechos públicos y notorios que significan los profundos cambios que se están implementando en la empresa aludida con la supuesta finalidad “*de responder a las actuales exigencias del mercado*”, lo cual se traduce en lo siguiente:

- a) Como señala recientemente una declaración pública, emitida por el Gerente General de esta empresa, en los últimos años los negocios de la Empresa de Correos de Chile se han visto fuertemente afectados por la competencia de los correos privados, las restricciones legales que todavía persisten y su alta dotación de personal de seis mil quinientos trabajadores, que representan más del 60% de sus gastos operacionales. Ante este diagnóstico, la gerencia de la empresa ha decidido emprender una reestructuración en el modo de operar, con el objeto de asegurar la viabilidad de esta compañía en el largo plazo.
- b) En este marco, las primeras medidas adoptadas por la empresa consisten en

- emprender un *"plan de egreso"* con *"importantes beneficios"* por sobre las indemnizaciones legales, y potenciar las redes de agencias a nivel nacional.
- 2° Sobre los antecedentes anteriores, y sin perjuicio de la absurda justificación que pretenden los altos ejecutivos de la empresa, cabe tener presente lo siguiente:
- 3° Que uno de los aspectos de la problemática pasa por las restricciones legales que afectan a la empresa, que le impiden estar en igualdad de condiciones para competir con las del sector privado. Llama la atención la resignación para desestimar buscar medidas legislativas que puedan superar tales restricciones.
- 4° Que, como consecuencia de lo anterior, una vez más se busca la alternativa más cómoda: la de afectar a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como son los humildes trabajadores de la referida empresa. Los despidos irregulares, adornados bajo el eufemismo de *"retiros programados"*, esconden la real situación en que miles de trabajadores han sido presionados bajo amenaza de inscribirse en este plan de retiro, pues sólo quienes *"voluntariamente"* se inscriban en él recibirán la indemnización convencional ofrecida por la empresa, lo que se traduce en una auténtica arbitrariedad y presión indebida para con los trabajadores.
- 5° Teniendo presentes las negativas consecuencias que esta política puede significar para los trabajadores, sobre todo si se tienen en cuenta las tasas de cesantía, legítimamente se puede discrepar de la absurda medida acordada por el Directorio de la empresa, ya que justamente se puede buscar una optimización de los recursos, no por la vía más cómoda, como lo son los despidos ilegales bajo el eufemismo de *"retiros programados"*, pues más aconsejable sería situar a la empresa en un mejor pie para enfrentar la competencia de los servicios de mensajería privada, ampliando el rubro de servicios en que puede desarrollar la actividad, eliminando la barrera de entrada al mercado con que su misma ley la limita en relación con los servicios que puede prestar.
- 6° Por eso, es menester buscar una reforma legal que permita establecer una ampliación del rubro o actividades que puede desarrollar la Empresa de Correos de Chile para que actúe competitivamente en el mercado junto a los otros agentes prestadores de esta clase de servicios, de manera de evitar los despidos masivos decretados por el Directorio, para así dejarlos sin efecto y anularlos.

La Cámara de Diputados acuerda:

Oficiar a S. E. el Presidente de la República para que, en uso de sus facultades constitucionales, patrocine un proyecto de ley que amplíe el giro de la empresa de Correos de Chile, dando al referido proyecto discusión inmediata, con el fin de corregir por esa vía los innumerables problemas y abusos que han originado los despidos masivos e injustificados, y solicitarle, además, la nulidad de todos los despidos efectuados sin el consentimiento de los trabajadores.”

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor del proyecto de acuerdo, tiene la palabra el diputado señor Juan Pablo Letelier.

El señor **LETELIER** (don Juan Pablo).- Señor Presidente, este es el tercer proyecto de acuerdo presentado en la Cámara para defender a una empresa que cumple un rol social muy importante.

Nos hemos visto profundamente sorprendidos, incluso estamos disgustados, ante el cierre de agencias de la Empresa de Correos de Chile en diversas comunas y por el despido de funcionarios, muchos de los cuales han sido obligados a renunciar, pese a que se

nos había indicado, en forma verbal, que sólo se pediría la renuncia a aquellas personas que voluntariamente la aceptaran.

Nuestro interés es encontrar una solución definitiva al problema mediante la discusión de un proyecto de ley que potencie a la Empresa de Correos de Chile, que asegure su desarrollo y que evite la competencia desleal a la cual está sometida en muchos ámbitos. Dicha iniciativa, que ha sido discutida y consensuada entre varios colegas, busca ampliar el giro de la Empresa de Correos de Chile para que pueda asegurar su presencia en todo el territorio nacional, lo que le permitirá continuar cumpliendo la función social que le corresponde y no caer en una estrategia equívoca, en la cual muchos pensamos está incurriendo en estos momentos.

Si bien la estrategia puede ser bienintencionada, va a terminar disminuyendo la presencia de la empresa en el país, dejando a muchos chilenos sin acceso al servicio que presta, el cual entendemos como un derecho: el de recibir y enviar correspondencia. Si no legislamos, la empresa desaparecerá en forma progresiva.

Solicito la aprobación unánime del proyecto de acuerdo con el mismo espíritu de los debates habidos anteriormente sobre la misma materia, porque da cuenta de una situación que no tiene fronteras políticas, sino que está en el interés de todos los colegas de la Corporación.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor del proyecto de acuerdo, tiene la palabra, por un minuto, el diputado señor Seguel.

El señor **SEGUEL**.- Señor Presidente, este es el tercer proyecto de acuerdo que discutimos sobre la misma materia. Me siento francamente decepcionado por la recepción que el Ejecutivo ha dado a los anteriores proyectos de acuerdo de la Cámara de

Diputados, los cuales han sido aprobados en forma unánime por la Corporación.

Esa situación ha llevado a que haya trabajadores de Correos en huelga de hambre tanto en la Plaza de Armas de Santiago, frente a la Catedral, como en Valparaíso y en diversos lugares del país. No obstante, la insensibilidad de parte de los ejecutivos de la empresa es realmente asombrosa.

Dijeron que iban a despedir a 1.600 trabajadores previa conversación con los dirigentes sindicales de la empresa. Pero éstos nos han señalado que han despedido a toda la gente sin conversar con nadie. De hecho, hoy están despidiendo a dirigentes con fuero sindical. El actuar de la Empresa de Correos de Chile es el más vergonzoso que se ha visto en una empresa del Estado en el último tiempo.

Espero que alguna autoridad del Ejecutivo se haga respetar en el Gobierno respecto de la situación de la Empresa de Correos de Chile, porque esa empresa ha hecho tabla rasa con los trabajadores y a la Cámara de Diputados, como organismo fiscalizador, no la ha considerado en lo más mínimo. Ése es el malestar que tengo.

Es de esperar que en esta oportunidad tengan, a lo menos, un sentido de solidaridad y de respeto por los derechos de los trabajadores.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para hablar a favor del proyecto de acuerdo, tiene la palabra, por un minuto, el diputado señor Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, Correos de Chile es una empresa estatal que no tiene pérdidas, sino ganancias. Sin embargo, con el fin de aumentarlas, el gerente general, haciendo abuso de su poder, está despidiendo en estos momentos a 1.600 trabajadores, mediante la causal del “retiro voluntario”, ofreciéndoles más dinero, y

echando al suelo 20 ó 30 años de labor espectacular en muchas comunas. Además, está procediendo al cierre de sus oficinas en 300 comunas pequeñas, como ha ocurrido con las oficinas de mi distrito ubicadas en Villa Alegre y Colbún.

Correos de Chile es mucho más que una empresa que entrega servicio de correspondencia. Es como un ministro de fe de muchos otros servicios. Por eso, no entendemos la insensibilidad de los ejecutivos para seguir despidiendo trabajadores, sobre todo en esta fecha, en que estamos próximos a celebrar la Navidad y el fin de año, ya que hay muchas familias detrás de esas casi 1.600 personas, más las 1.350 que se anuncian.

El Ejecutivo no puede hacerse el sordo. Debo recordar que en 2000, el candidato a Presidente de la República, señor Ricardo Lagos, se comprometió a defender a los trabajadores de Correos de Chile. Hay que recordarle este compromiso, con el fin de que el gerente lo respete y ponga marcha atrás a esta injusta medida.

Renovación Nacional votará a favor del proyecto de acuerdo, con la finalidad de mantener en sus cargos a los trabajadores que injustamente han sido despedidos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Carlos Vilches.

El señor **VILCHES**.- Señor Presidente, aquí el cartero no llama dos veces, sino tres. Lo señalo con convicción, porque queremos apoyar a este grupo de trabajadores. Es una vergüenza que sus peticiones no hayan sido escuchadas.

La función social que ha cumplido la Empresa de Correos de Chile debe ser apoyada. Por eso comparto lo señalado por los diputados señores Rodolfo Seguel, Osvaldo Palma y Juan Pablo Letelier.

Pido que el proyecto de acuerdo se

apruebe por unanimidad, por cuanto el gerente general, don José Luis Mardones, no debe terminar con las empresas del Estado que prestan un muy buen servicio al país.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Correa.

El señor **CORREA**.- Señor Presidente, es difícil entender que la Concertación que nos gobierna, cuando se trata de privatizar empresas grandes ponga todo tipo de dificultades. Pero cuando se trata de privatizar empresas pequeñas, que prestan utilidad pública, como la Empresa de Correos de Chile y otras, demuestre una agilidad y una persistencia realmente increíbles.

No puede ser que Correos de Chile, que cumple una función subsidiaria -es decir, que el sector privado no tiene interés en asumir-, deje de realizar la tarea que el Estado le encarga para servir a la población, especialmente de pueblos pequeños del país.

Resulta improcedente que se siga adelante con esta campaña y se termine con Correos de Chile, que ha cumplido una función enaltecida.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Ofrezco la palabra para hablar en contra del proyecto de acuerdo.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

Si le parece a la Sala, se aprobará por unanimidad.

Un señor **DIPUTADO**.- ¡No!

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En votación el proyecto de acuerdo.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 56

votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Aprobado el proyecto de acuerdo.

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bayo, Becker, Bertolino, Bustos, Caraball (doña Eliana), Correa, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, García-Huidobro, González (doña Rosa), González (don Rodrigo), Hales, Jaramillo, Jarpa, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Montes, Moreira, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ojeda, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Prieto, Riveros, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Tapia, Valenzuela, Vargas, Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

VIII. INCIDENTES

EXIGENCIA DE CUMPLIMIENTO DE CONVENIO PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE INVERSIONES CHILENAS EN PERÚ. Oficio.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el turno del Partido Socialista, tiene la palabra la diputada señora Isabel Allende.

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Señor Presidente, quiero levantar mi voz para solicitar que se oficie a la señora ministra de Relaciones Exteriores para manifestarle mi inquietud por el cierre de la planta de Lucchetti, en Lima, Perú, como lo ha anunciado la prensa de hoy.

Mi denuncia no se refiere a la acción

adoptada contra un privado, sino que me parece extraordinariamente grave que se tomen medidas de este tipo sin respetar garantías establecidas. Recuerdo a la honorable Cámara que Chile aprobó el acuerdo de promoción y protección de inversiones con la República de Perú en febrero de 2000. Ayer, en un hecho histórico, se aprobó el acuerdo con la Unión Europea.

En un mundo globalizado, donde existe apertura internacional, debemos tener reglas del juego claras, transparentes y estables para que den certidumbre.

Por lo anterior, con la diputada señora Carmen Ibáñez y con los diputados señores Leay y Tarud, miembros de la Comisión de Relaciones Exteriores, hemos suscrito una declaración, porque, a nuestro juicio, se está violando el convenio para la promoción y protección de las inversiones.

Se nos puede decir que el convenio es posterior a la instalación de la planta, pero es evidente la voluntad manifestada por ambos Gobiernos al firmar el acuerdo.

Un convenio de estas características establece que cada parte contratante debe garantizar el tratamiento justo y equitativo dentro de su territorio a las inversiones y que ninguna puede adoptar medidas arbitrarias ni discriminatorias. Incluso, el artículo 8º dispone que las partes involucradas deben obtener una solución amigable de las controversias entre una parte y la otra.

En este caso no sólo no ha habido ese espacio, sino que -lo que es más grave aún- hay un informe del Instituto Nacional de Recursos Naturales de Perú, emitido el 4 de junio, que señala que no hay ningún daño medioambiental y específicamente expresa que la planta no está situada en la zona ecológica de los Pantanos de Villa.

Con todo el respeto que merece el gobierno de un país hermano, nos parece de suma gravedad que un informe de estas características haya sido ocultado y que no haya existido ninguna relación amistosa para acer-

car a las partes. Nos parece bastante arbitrario que la única salida que quede sea apelar al Centro Internacional de Arreglo de Diferencias sobre Inversiones, Ciadi.

Lucchetti es una fábrica que da trabajo a más de 500 trabajadores peruanos y ha realizado una inversión por sobre los 50 millones de dólares. En un mundo globalizado, interdependiente, deben existir reglas claras y respetuosas. De otra manera, se transgrede el más elemental de los principios.

Nuestro Gobierno debe presentar una enérgica declaración, solicitando que se respete el espíritu y la voluntad del convenio, y solicitar toda la información pertinente al Gobierno del Perú, porque lo que señaló es grave. Aquí hay un informe técnico que se ha ocultado, porque expresa que la planta no estaría produciendo ninguno de los supuestos daños medioambientales. Incluso, hay otras dos cerca de Lucchetti, más antiguas, que ni siquiera han sido tocadas.

En consecuencia, solicito que se oficie a la señora ministra de Relaciones Exteriores, a fin de que nuestro Gobierno levante la voz y defienda el convenio de protecciones mutuas, suscrito entre Chile y Perú, máxime si los chilenos tenemos más de 6 mil 500 millones de dólares invertidos en ese país.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría, con la adhesión de los diputados que así lo indican.

DEFICIENCIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PROVINCIA DE BIOBÍO. Oficio.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El turno siguiente corresponde al Comité Socialista y Radical.

Tiene la palabra el diputado señor José Pérez.

El señor **PÉREZ** (don José).- Señor Presidente, el 20 de noviembre pasado me referí a una situación que afecta a la provincia de Biobío, relacionada con la administración del uso de las ambulancias.

Cuando se necesita una ambulancia en alguna de sus comunas, hay que pedirla a Chillán, y quien la solicita debe entregar información diversa y contestar una serie de preguntas, lo que dificulta la prontitud en la prestación del servicio requerido; muchas veces no se cumple de manera eficiente y no se llega a tiempo, en especial para atender los accidentes, y en esa región son muchos los fallecimientos que hemos debido lamentar por ese motivo.

Solicité al ministro de Salud que se cambiara el procedimiento; el 29 de noviembre, nueve días después de mi petición, la señora María Gabriela Decap, directora del Liceo Industrial de Los Ángeles, sufrió un infarto cerebral a las 19 horas.

En esa oportunidad se pidió tres veces la ambulancia, lamentablemente no llegó y debió llamarse a la Asociación Chilena de Seguridad para que enviara una ambulancia, la que llegó al lugar después de media hora.

Como es de suponer, a esas alturas la señora directora, que se encontraba trabajando cuando le sobrevino el infarto, se había agravado; al día siguiente falleció.

Situaciones de similar naturaleza ocurren con mucha frecuencia.

Por ello, exijo que el ministro de Salud responda el oficio que envié con anterioridad y que tome las medidas necesarias para dar solución a un problema tan grave como el que estoy denunciando.

Sabemos que el Gobierno está preocupado de dar una mejor salud a la población, pero si administrativamente no se racionaliza el uso de los recursos en forma adecuada y no los hacemos suficientemente eficientes, nos vamos a enfrentar con muchas más situaciones como la que he mencionado y, además, se puede crear una tremenda crisis

en toda la población de la provincia de Biobío.

Por lo anterior, solicito que se oficie al ministro de Salud, con copia de mi intervención y de los nuevos antecedentes, que ya fueron recibidos por el municipio de Los Ángeles, para que, de una vez por todas, como Ejecutivo, se adopten las medidas que correspondan y que las ambulancias de Biobío se pidan al hospital base de Los Ángeles, como se había hecho tradicionalmente, sistema que había funcionado con la eficiencia que requieren casos como el denunciado.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría, con la adhesión de los diputados que así lo indican.

INCUMPLIMIENTO DE CONVENIO PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE INVERSIONES MUTUAS POR PARTE DE PERÚ. Oficio.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El turno siguiente corresponde a la Unión Demócrata Independiente.

Tiene la palabra el diputado señor Cristián Leay.

El señor **LEAY**.- Señor Presidente, quiero referirme al tema que abordó la diputada señora Isabel Allende y que dice relación con la violación de un convenio para la promoción y protección de inversiones chilenas en la República del Perú.

Efectivamente, una instancia municipal decretó el cierre y desalojo de la planta de la empresa Lucchetti ubicada en Lima.

Esa decisión es absolutamente ilegal y se contradice con todas las disposiciones legales del país vecino para la puesta en marcha de proyectos como el de la empresa Lucchetti.

Dicha sociedad ha cumplido con todas

las normas y leyes que la República del Perú solicita en la materia, en especial las reglas ambientales. El Instituto de Recursos Naturales del Perú ha certificado e informado que la referida planta no atenta en modo alguno contra el medio ambiente ni contra el ecosistema.

La decisión de las autoridades municipales se basa, principalmente, en una actitud politizada, casi antichilena, y no sobre criterios técnicos. Así lo demuestran plantas de otras compañías existentes en el mismo lugar, a las cuales no se les ha pedido el cumplimiento ni siquiera de la mitad de las normas medioambientales exigidas a Lucchetti; sin embargo, ellas no tienen ningún problema para funcionar. No ocurre lo mismo con la empresa chilena, a pesar de haber acreditado tener todos los permisos para funcionar.

Por una parte, hay una decisión municipal antojadiza e ilegal, que se contradice con todos los permisos otorgados para el funcionamiento de Lucchetti; por la otra, también una responsabilidad del gobierno del Perú.

Entendemos que el municipio no tiene que velar por el cumplimiento de los convenios internacionales; esa obligación le corresponde al gobierno del Perú, que no ha hecho nada para sancionar una flagrante violación de un acuerdo que suscribió con nuestro Gobierno, que ratificó el Congreso Nacional hace dos años, y que hoy afecta la inversión de Lucchetti, pero mañana puede afectar cualquier otra empresa chilena que funcione en la hermana República del Perú.

Los convenios se suscriben para cumplirlos.

Digo esto porque el canciller del Perú ha señalado que el convenio de promoción de las inversiones no se aplica en este caso, porque se firmó con posterioridad a la inversión de Lucchetti en el Perú, lo que deja de manifiesto un claro desconocimiento del ministro de Relaciones Exteriores del Perú, ya que el artículo 2º del citado convenio señala que se aplicará a las inversiones efec-

tuadas antes o después de su entrada en vigencia.

El inciso primero del artículo 8° del convenio señala que cuando hay una controversia de una parte contratante y un inversionista -en este caso el gobierno del Perú y la empresa Lucchetti-, las partes involucradas deberán consultarse con miras a obtener una solución amigable entre una parte contratante y un inversionista de la otra parte contratante.

Si mediante dichas consultas no se llega a una solución dentro de seis meses a contar de la solicitud del arreglo, el inversionista podría remitir la controversia a un tribunal arbitral.

Se hizo esa gestión. La empresa Lucchetti, el 3 de octubre de 2001, envió una carta al presidente del Perú, solicitándole tener por iniciada la etapa de consulta establecida en el convenio, con miras a obtener una solución de mutuo acuerdo, amigable, de la controversia surgida.

Esta comunicación fue seguida por otras: del 20 de mayo, del 10 de agosto, del 27 de agosto y del 9 de diciembre de 2002. Pues bien, ninguna de ellas ha sido contestada por el presidente del Perú. Ha desconocido absolutamente lo que dispone un convenio que firmó su gobierno con el Gobierno de Chile.

Ahora, según lo establecido, deberemos recurrir al Ciade para que se forme un tribunal arbitral. Pero ésta no es una acción que Lucchetti debe emprender sola, sino que acompañada y con el apoyo irrestricto del Gobierno de Chile, porque el convenio fue firmado por el Gobierno y ratificado por el Congreso Nacional.

Cuando nuestro país firma acuerdos, los cumple, y lo mismo exige de la contraparte. Así se van creando condiciones para favorecer el desarrollo de ambos pueblos.

Además, el artículo 9° del convenio establece que en las controversias, si una de las partes contratantes desconoce el convenio,

se puede recurrir a la Corte Internacional de Justicia.

En consecuencia, si efectivamente no se cumple este convenio, pido que se oficie a la ministra de Relaciones Exteriores, para que recurra como país a la Corte Internacional de Justicia para requerir su pleno cumplimiento. También solicito que se envíe un completo informe sobre la materia y se nos comunique si se va a apoyar a la empresa en la acción que se presentará al Ciade.

He dicho.

El señor **SALAS** ((Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría, con la adhesión de los señores diputados que así lo indican.

DEFINICIÓN DE POLÍTICA EN MATERIA DE INSTALACIÓN DE ANTENAS CELULARES. Oficio.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo de la UDI, tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, quiero referirme a una situación que incomoda y preocupa a muchas personas que viven en barrios residenciales y sectores importantes de la ciudad: la instalación desmedida e indiscriminada de las antenas para telefonía móvil.

En agosto de 2001, la Cámara de Diputados estuvo a punto de aprobar un proyecto que otorgaba facultades a los municipios para que tuvieran alguna intervención en la autorización de la instalación de las antenas para telefonía móvil. Por alguna razón, el proyecto no continuó tratándose, ya ha pasado más de un año y no ha vuelto a la Sala, y cientos de antenas para esa telefonía se han instalado en el país. Siento que se haya retirado el diputado Hales, porque fue una de las personas que planteó que las propias empresas telefónicas financiaran un estudio

para determinar si las ondas magnéticas de las antenas incidían en la salud de las personas.

En las comunas de Peñalolén y de La Reina, que represento, se repite la situación. Ha sido un hecho recurrente. Se instaló una antena en Consistorial con El Valle, frente a un condominio nuevo, cuyos habitantes optaron por vivir en una comuna que presenta un desarrollo urbano importante, confiaron en el medio ambiente que ofrece la comuna de Peñalolén e hicieron su inversión. Repentinamente, de la noche a la mañana -como pasa siempre-, sin información y cero cuestionamiento, se instala o empiezan las obras para instalar una antena para telefonía móvil.

La municipalidad autoriza como obras menores lo que hoy significa una base de alrededor de diez metros de altura en la cual se instala la antena.

Los vecinos tienen como única alternativa interponer un recurso de protección en los tribunales para evitar la intempestiva instalación que obviamente los pilla siempre por sorpresa, dado que los municipios manifiestan no tener atribuciones, por cuanto esa materia depende del Ministerio de Transportes, de la Dirección de Aeronáutica y de otras instancias que no consultan previamente al municipio. Con la autorización, se procede a la instalación de la antena.

En este momento, tenemos que comprender la angustia de los vecinos cuando ven estas enormes antenas, sin saber si afectarán la salud de las personas, cómo incidirá en la plusvalía de sus propiedades -muchas veces, los terrenos bajan de valor en forma considerable-, cómo influirá en la estética y en el aumento de la contaminación. En varias ocasiones, a través de recursos de protección y de resoluciones, incluso de los juzgados de policía local, se ha logrado trasladar estas antenas a otros lugares, donde no provoquen problemas. Por ejemplo, en La Reina, en Echeñique con Américo

Vespucio, se pretendía instalar una antena, los vecinos reclamaron hasta que el alcalde logró cambiarla a una zona donde no afecta ni molesta a la población.

Se hace urgente que la Cámara apruebe o agilice ese proyecto de ley. Por lo tanto, pido que se solicite al Presidente de la Comisión de Obras Públicas, Transportes y Telecomunicaciones, en mi nombre, para que nos informe qué pasa con el proyecto, qué lo ha detenido por más de un año. El proyecto -como decía- facultaría a las municipalidades para que determinaran en sus planos reguladores y en sus ordenanzas los lugares donde se podrían instalar antenas.

Además, solicito que se oficie al ministro de Transportes y Telecomunicaciones, con el fin de que nos informe cuál es la política de ese ministerio en esta materia que tanto afecta a los ciudadanos.

Este no es un ataque a las telefónicas ni a la instalación de antenas. Todos sabemos que son necesarias -en el país hay más de 1.200 antenas instaladas-, que se requieren cada ciertos tramos, el punto es cómo compatibilizar las necesidades de contar con ese servicio con la protección de la salud de la población, de sus intereses, etcétera. O sea, una política que impida que esta situación se siga agravando.

El lunes conversé con el gerente de Telefónica Chile, quien planteaba que es importante llegar a una fórmula en que todas las empresas telefónicas pudieran usar las mismas antenas. Si ello se lograra disminuiría su cantidad, además no serían prerrogativas de una empresa. Por ejemplo, podría haber de Smartcom, de Telefónica o de Entel.

Respecto de la instalación de la antena a la que me referí, en Peñalolén, espero que la municipalidad, con la buena disposición de la empresa, busquen una mejor ubicación, que no afecte a los vecinos que con tantas esperanzas optaron por vivir en una comuna pujante, con desarrollo, que ofrece un medio ambiente libre de contaminación, al pie de la

cordillera, con barrios residenciales hermosos.

Por último, ojalá que la Cámara pueda retomar, lo antes posible, el proyecto que legislaba sobre la materia. No debe pensarse que la instalación de una base de diez metros es una obra menor. Como decía un diputado: no basta disfrazar con palmeras -como se hace en muchos casos- estos aparatos que crean gran conmoción en los sectores, especialmente residenciales, en los colegios y donde hay personas con dificultades.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría, con la adhesión del diputado señor Lorenzini, de la señora diputada Alejandra Sepúlveda, del diputado Sánchez y de quien habla.

Si mal no recuerdo, el proyecto se envió a la Sala y después fue retirado. Vamos a hacer las gestiones que correspondan para responder la inquietud planteada.

INFORMACIÓN SOBRE CONCESIÓN DE LA EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL MAULE, ESSAM, Y DEL DESTINO DE LOS RECURSOS OBTENIDOS. Oficios.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo de la Democracia Cristiana, tiene la palabra el diputado Pablo Lorenzini.

El señor **LORENZINI**.- Señor Presidente, tomaré las palabras de la diputada Cristi, quien hablaba de antenas. Parece que hay algunos sectores en el Gobierno que han perdido las antenas.

Ella también mencionó las palmeras; a lo mejor, están debajo de las palmeras. La semana pasada hablábamos de las palmeras, que parecían que esconden algo debajo. Ahí está la palmera de las concesiones, que antes se llamaban privatizaciones, hoy, concesiones. Y hablamos de la concesión que se

efectuará en la región de Aisén. El diputado Leopoldo Sánchez se va a referir a ese tema. Nosotros lo planteamos en su oportunidad. Él todavía está en la primera etapa, cuando se cree que puede revertir este proceso. ¡Ojalá tenga suerte!

En la Región del Maule no revertimos el proceso. Essam fue la primera empresa concesionada del país. Después de largas negociaciones, de los 171 millones de dólares, dinero de los maulinos, el Gobierno no dejó nada en la región.

La gente de la región que me está viendo en este momento me va a preguntar: ¿cómo que nada, diputado, si habla de 10.000 millones? Claro, ése es el mismo dinero que la empresa recibió de los maulinos. O sea, simplemente se les devuelve, no hay ninguna contribución.

Pero, ¿dónde están los 10.000 millones? Se firmó un convenio en agosto o septiembre en el Ministerio de Hacienda, donde estuvieron, por supuesto, el intendente, el ministro; pero no los parlamentarios. ¡No existimos! ¡Quienes nos preocupamos de esos temas no fuimos invitados! Es lo de menos. Allí se dijo que se pagaría en cuatro cuotas. O sea, hablamos del año 2006. ¡Eso es Essam, concesión, antena, palmera, cuota! ¡Será París, Falabella CMR! Se estima que es buen término; total, se paga en cuotas el dinero de la gente.

Estamos a fin de año. El próximo 28 de diciembre en la mañana algunos disfrutarán el Día de los Inocentes. A veces los maulinos somos simpáticos y también nos gusta ese día. A lo mejor, el 28 de diciembre en la mañana va a llegar la primera cuota. ¡No sé dónde están las platas!

Después de muchas reuniones -con la ciudadanía, sin la ciudadanía; con las fuerzas vivas, sin las fuerzas vivas; con los parlamentarios, sin los parlamentarios; que la Oposición se escucha, que la Oposición no se escucha-, se había decidido que con dichas platas se iba a construir el embalse

Ancoa, en Linares, una gran y necesaria obra.

El diputado señor Jaramillo, quien ha estado en la Comisión de Obras Públicas, puede decirme si la construcción de los embalses es de cargo del Estado, a través del Ministerio de Obras Públicas, o deben financiarse con las platas de los maulinos, puestas peso a peso durante muchos años. Después se dice que vamos a repartir la plata en la Región del Maule, una parte para el sur y otra para el norte. ¡Quién sabe cómo será la repartija! No sé, quizás estamos esperando barajar el naipe, como ahora están nerviosos por el tema de la probidad. A lo mejor en Aisén van a hacer esa concesión. El diputado señor Sánchez explicará la situación.

No sabemos dónde están las platas; aun cuando las prometieron en cuotas, no han llegado; nadie sabe a quién le van a entregar los 10.000 millones. No sé si se harán grandes obras que deben ejecutarse con platas estatales o, simplemente -como algunos planteamos-, pequeñas obras para las comunidades.

Uno no tiene más que tomar para la risa este cuento. Primero, en el SEP, sistema de empresas públicas; luego, el Ministerio de Hacienda, el intendente. ¡Ah! ¡Claro! ¡Ahí está! Me acota el diputado señor Sánchez, quien es muy conocedor de los hechos -y por algo también lo dice-, posiblemente están esperando el cambio de Gabinete y, a lo mejor, las nuevas autoridades entregarán esas platas. En Aisén también puede ocurrir así. Tal vez, ése es el camino. No sé lo que sucede en otras regiones.

Pero, como estamos en un ambiente navideño y de hermandad, pensemos que éste es un buen chiste, uno más que, obviamente, a través de los oficios correspondientes, me gustaría que los ministros me lo contaran, porque esas bromas hay que dejarlas por escrito. Es más simpático. Así, las futuras generaciones apreciarán, también, cómo se

hacían bromas en el Gobierno y en el Congreso Nacional.

Por tanto, solicito oficiar al ministro de Hacienda, a fin de que nos informe sobre cuándo, cómo y dónde se firmó ese acuerdo, entre gallos y medianoche, no sé con quién, de los 10.000 millones de pesos en cuatro cuotas.

En segundo lugar, pido que se envíe oficio al ministro del Interior -porque entiendo que es el jefe del intendente-, a fin de que explique -él tiene la facultad y la potestad para hacerlo- quién, cómo y cuándo se van a distribuir los 10.000 millones y con qué autoridad y respaldo del Gobierno.

Esos dos oficios nos van a dar claridad.

Le deseo al señor Presidente una feliz Pascua y Año Nuevo.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Para usted también, señor diputado.

Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría, con la adhesión de la diputada señora Alejandra Sepúlveda y de los diputados señores Jaramillo, Sánchez y Salas.

CONSTRUCCIÓN DE CAMINOS LATERALES EN COMUNA DE CHIMBARONGO. Oficio.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la señora Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, tuve un encuentro con agricultores de la comuna de Chimbarongo. En la oportunidad plantearon su gran preocupación por el inicio del cobro de los peajes en caminos laterales, respecto de los cuales hemos discutido en varias oportunidades en esta Sala. Pero las calles laterales desde Chimbarongo hasta Peor es Nada -uno de los lugares más importantes de Chimbarongo-, no están construidas. Esta localidad es fundamentalmente agrícola. Sin embar-

go, los agricultores no pueden sacar sus productos; es más, hoy están cometiendo un grave error, ya que se han permitido sacar las barreras que tiene el camino principal.

Por ello, solicito oficiar al ministro de Obras Públicas, a fin de pedirle que se concrete la construcción de los caminos laterales tanto hacia el oriente como al poniente.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría.

REVISIÓN DE AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN DE ANTENA DE TELEFONÍA CELULAR EN POBLACIÓN DE LA SEXTA REGIÓN. Oficio.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, quiero referirme a un tema similar al planteado por la diputada señora María Angélica Cristi. En la villa Cardenal Raúl Silva Henríquez, en la Sexta Región, se instaló una antena de telefonía celular. Incluso, se dedujo un recurso de protección para evitarlo, ya que en el lugar viven muchas familias y niños que pueden verse afectados por su instalación.

Por lo tanto, solicito oficiar al ministro de Transportes y Telecomunicaciones, a fin de que se efectúe una revisión de todo el proceso, tanto administrativo como legal, que finalmente autorizó su instalación.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviará el oficio solicitado por su Señoría.

RÉPLICA A ALUSIÓN DEL DIPUTADO SEÑOR JUAN MASFERRER.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, ayer fui informada de que el diputado señor Juan Masferrer, con el cual comparto la representación del distrito, me aludió en forma agresiva y poco ética, como es su costumbre.

Quiero plantear en esta hora de Incidentes -como corresponde- mi preocupación, ya que uno vislumbra tres de las razones por las cuales ese personaje habla así.

En primer lugar, dicho diputado no entiende nada de agricultura, ni de muchas otras cosas, lamentablemente. Como no tiene educación ni profesión, uno espera que hable de las cosas que entiende y que algo se ha dedicado a estudiar. Pero no ha sido así.

En segundo lugar, estoy dispuesta a pagar un examen que permita establecer sus niveles de colesterol. El pobre diputado está con un grado de arteriosclerosis que hace urgente la atención médica. Tal vez, con tratamiento pueda hacer indicaciones un poco más lógicas y criteriosas.

En tercer lugar, ese diputado no se ha podido consolar porque esta diputada le ganó y sacó la primera mayoría en el distrito. Lamentablemente, no puede soportar que una mujer haya tenido la fuerza para quitarle lo que él dijo en todos sus momentos de campaña: que iba a obtener la primera mayoría. No la logró; es más, su votación fue bastante mediocre.

Lo ocurrido ayer ya no me causa molestia ni sorpresa. Sólo quiero dejar en claro en este hemiciclo que me gustaría que este diputado, que actúa con muy poca ética, asuma un rol un poco más masculino, más de caballero y deje de hablar de las mujeres; de lo contrario, nos vemos afuera, porque no tengo ningún problema.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Seño-

ría, con la adhesión de los diputados señores Sánchez y Jaramillo.

ANTECEDENTES SOBRE PROCESO DE LICITACIÓN DE EMPRESA SANITARIA DE AISÉN. Oficios.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Comité del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Leopoldo Sánchez.

El señor **SÁNCHEZ**.- Señor Presidente, hace algunos minutos el diputado señor Pablo Lorenzini se refirió a un caso relacionado con el que relataré.

Como parlamentario de la Undécima Región no puedo estar tranquilo, debido a situaciones que han estado ocurriendo. La prensa ha sido bastante abundante en relatar estos hechos, que deben ser aclarados. Sin embargo, se debe agregar uno más, relacionado con el Sistema Administrador de Empresas, de la Corfo, que amenaza con afectar de manera definitiva el patrimonio público.

Se trata de lo que parecen ser recientes acuerdos del directorio de dicho Sistema, con el objeto de iniciar negociaciones directas para la concesión de la empresa sanitaria de Aisén, Emssa. Hace un par de meses una licitación pública se declaró desierta, porque las propuestas no lograron llegar al monto mínimo. Pero, ése no es el único requisito exigido para asegurar la continuidad y calidad de los servicios, sino que, además, se requieren condiciones de idoneidad y prestigio de las empresas proponentes.

Según entiendo, las empresas que más se aproximaron, no obstante quedar lejos del mínimo fijado por el Sistema Administrador de Empresas, fueron Cormax, Arauco y San Isidro. También se ha comentado que uno de los integrantes de San Isidro sería un ex funcionario de la Corfo.

En definitiva, este viernes -por eso la urgencia de abordar hoy el tema- se realizará

un trato directo, cuya absoluta falta de transparencia es un hecho intolerable desde los puntos de vista jurídico y político. Cuando la sociedad entera, como en el caso de Aisén, se levanta para exigir transparentar acciones -en todo el país estamos viendo numerosas situaciones en las cuales se cuestiona el accionar del Estado-, se sigue procediendo de manera oscura y poco transparente, lo que genera dudas y sospechas razonables, aparte de deteriorar la ya dañada imagen del sector público, al que, personalmente, respeto mucho. Creo que por unos pocos casos no podemos generalizar.

Por las razones expuestas, solicito que se oficie, con carácter de urgente, a su Excelencia el Presidente de la República, al ministro de Economía y al contralor general de la República, a fin de que cada uno, en el ámbito de su competencia, se sirva informar sobre la legalidad de proceder a trato directo, una vez adjudicada una licitación pública. Además, pido que la Corfo envíe las actas completas de las sesiones de directorio en las cuales se acuerdan estos tratos, y una minuta detallada que explique las razones que se tuvieron a la vista para proceder con tanta urgencia en un proceso de negociación; las utilidades y los impuestos tributados en los últimos diez años por Emssa; la tasa de cobertura y los montos de endeudamiento de esta empresa, en especial, las actas de directorio tanto de Emssa como del Sistema Administrador de Empresas públicas, por cuanto son esenciales a la hora de determinar la existencia de posibles responsabilidades administrativas, civiles y criminales. Sí, digo criminales en este proceso de licitación tan sospechoso.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría, con la adhesión del diputado señor Enrique Jaramillo.

ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN FAENAS Y LUGARES DE TRABAJO. Oficios.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Enrique Jaramillo.

El señor **JARAMILLO**.- Señor Presidente, nuevamente hay dolor en el sur de Chile. Un nuevo accidente laboral ha costado la vida a dos modestos trabajadores y ha dejado heridos a un número importante. Ellos participaban en la construcción de la planta de la papelera en la comuna de San José de La Mariquina.

En tan sólo 20 días han ocurrido dos accidentes que segaron la vida de trabajadores, quienes, como lo demuestran los hechos, trabajaban en condiciones de inseguridad, arriesgando su vida e integridad física. No puede haber seguridad si ocurren hechos fatales.

Hace unos meses denuncié la represión que vivían los trabajadores de San José en el aserradero Los Coigües. Ellos, envueltos en un conflicto laboral, también sufrían el abatimiento de la no comprensión de la ley. Eran hostilizados porque reclamaban un trato justo y digno de parte de las múltiples empresas contratistas de una obra forestal que se realiza en la zona.

Ha sido difícil la vida en esta faena. Las muertes y el recuerdo de la represión nublan la vista de trabajadores modestos, algunos provenientes de la zona central del país y otros originarios de esas tierras, que con tanto ánimo lograron su trabajo, sintiéndose bien por alcanzar un cupo en tan grande obra. Pero, no puedo sino que alzar mi voz para exigir, de parte de las instituciones a cargo de la seguridad en el trabajo, una acción de fiscalización permanente. Esta obra debería ser detenida hasta que se revisen a cabalidad todos los procedimientos empleados en cada uno de los frentes de trabajo de

esa celulosa.

No podemos dejar que sigan ocurriendo más accidentes con resultados fatales, fruto, ni más ni menos, de falencias de quienes están a cargo de esas obras.

Señor Presidente, una vez más, pido que se oficie al ministro del Trabajo, al intendente Regional, al ministro de Salud, a fin de que, a través de las direcciones de salud del ambiente, se ocupen de la seguridad en los establecimientos y faenas de trabajo, con el objeto de que se tomen las medidas inmediatas, sin demora, para evitar que hechos tan luctuosos sigan ocurriendo y se sancione a los responsables, que hasta hora gozan de lo que parece ser un estado de impunidad intolerable para cualquier hombre de bien que vive de un salario.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría.

INFORMACIÓN SOBRE OBRAS VIALES EN DÉCIMA REGIÓN. Oficios.

El señor **JARAMILLO**.- Señor Presidente, pido que se oficie al ministro de Obras Públicas, a fin de que se lleve a cabo el estudio del camino Puerto Fuy a Puerto Pirihueico, continuación del camino internacional llamado ruta Hua Hun, en la comuna de Panguipulli, Décima Región de Los Lagos.

Asimismo, que se oficie al mismo ministro para que me informe cuándo entrará en operaciones el atraveso en el sector del cruce Puerto Nuevo, comuna de La Unión, Décima Región de Los Lagos, que hace más de dos años se construyó, en conjunto con la doble vía, y aún no es ocupado. Se trata de un atraveso en la doble vía sur que se encuentra sin ser ocupado durante todos estos años. Esta obra costó más de trescientos millones de pesos, que están paralizados, lo que me parece vergonzoso para las autoridades correspondientes .

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría.

RESTABLECIMIENTO DE JUZGADO EN PROVINCIA DE ÑUBLE. Oficios.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- En el tiempo del Comité de Renovación Nacional, tiene la palabra el diputado señor Nicolás Monckeberg.

El señor **MONCKEBERG**.- Señor Presidente, quiero pedir algo muy importante para la administración de justicia.

Todos hemos defendido e impulsado la gran reforma procesal penal que se está llevando a cabo, pero, como en toda gran reforma, en el camino se producen omisiones. Hoy, concretamente, quiero referirme a una que, a mi juicio, es grave y puede afectar a la Octava Región.

La letra b) del artículo 35 del Código Orgánico de Tribunales, al establecer legalmente la reforma, sólo dispone la existencia de un solo juzgado de competencia común para atender la jurisdicción de San Carlos, Ñiquén, San Fabián y San Nicolás. No tengo nada en contra de la reforma. Creo que es oportuna y necesaria, pero si el objetivo central es mejorar la atención jurisdiccional de los millones de chilenos, mal podríamos eliminar juzgados en vez de agregarlos. Estoy seguro de que los juzgados serán más eficientes, pero reemplazar los dos actuales por uno, lejos de mejorar la situación de Ñuble, la empeora.

Por tal motivo, solicito que se oficie cuanto antes al ministro de Justicia y al Presidente de la República, quienes son los únicos que tienen iniciativa en estas materias, a fin de que estudien a la brevedad una modificación a la ley N° 19.665, que reforma el Código Orgánico de Tribunales, e insistan en la posibilidad de que existan dos

juzgados de letras con competencia en las comunas de San Carlos, Ñiquén, San Fabián y San Nicolás. De nada sirve crear juzgados a lo largo del país si en una provincia donde existían dos, hoy sólo funciona uno. Queremos que la justicia llegue a cada rincón del país, en especial donde por años ha estado más olvidada, esto es, en el campo. Pido, a través de estos oficios, que se restablezcan los dos juzgados con jurisdicción en las comunas mencionadas.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría.

MEDIDAS POR EVENTUAL CIERRE DE ESCUELA LA MERCED, EN SAN CARLOS. Oficios.

El señor **MONCKEBERG**.- Señor Presidente, en segundo lugar, quiero referirme a la escuela básica La Merced.

Es cierto que cuando la autoridad municipal dispone el cierre de determinadas escuelas lo que busca es, aparentemente, mejorar la educación que se entrega a los niños, en especial en las zonas rurales. Sin embargo, me parece altamente perjudicial que como primera solución siempre se piense en cerrar las escuelas. Hoy, se cierran las escuelas; mañana pueden ser los consultorios, porque no son eficientes o no entregan una buena educación. Es posible que ello sea cierto. Entonces, el primer desafío debería ser mejorar la educación en esa escuela y no disponer inmediatamente, sin mayor esfuerzo, su cierre, y el traslado de jóvenes y niños a establecimientos de otros sectores.

En este caso, la autoridad municipal de la comuna de San Carlos ha dispuesto el cierre de la escuela básica La Merced. No estoy de acuerdo con esa medida. Sé que la adopta exclusivamente el alcalde y le he pedido a él y a las autoridades municipales que reconsideren tal disposición. Sobre el particular, quiero ser muy claro: no voy a transar respecto del derecho que asiste a las familias

que han confiado la educación de sus hijos a la escuela La Merced a optar a mejores alternativas que las actuales. Se ha hablado de Junquillo. Existen dos posibilidades de llegar a ese lugar: por un camino de más de 15 kilómetros, o por otro de tres kilómetros que está en pésimo estado.

Respecto de este punto, solicito que se oficie al director de Vialidad, a fin de que ordene, antes de que se disponga el cierre de la escuela La Merced, la reparación del camino de 3 kilómetros que conduce a Junquillo para que los niños puedan llegar con mucha más facilidad a su, eventual, nueva escuela.

La escuela La Merced presta un gran servicio social, razón por la cual su cierre puede terminar con el sector rural en que se emplaza. Por ello, pido que se oficie al alcalde, a fin de que, si no cambia su punto de vista y dispone el cierre de esa escuela, la transforme en una sede social para la comunidad, pues se trata del único lugar de reunión con que contarán.

Por último y en caso de que se cierre la escuela La Merced, que sean los vecinos quienes decidan a qué colegio enviar a sus hijos. Quizás, prefieran las de San Carlos en lugar de la de Junquillo. En tal sentido, pido que en el mismo oficio al alcalde se explicita que los alumnos de esta escuela deberán tener prioridad para acceder a las vacantes que ofrecen los colegios de San Carlos. O sea, que los vecinos decidan a qué establecimiento educacional enviar a sus hijos, y no el alcalde.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría, a quien sugiero que en el caso del camino a Junquillo remita el oficio al Ministro de Obras Públicas.

SUPRESIÓN DE MEDIDA QUE ELIMINA ENTREGA DE LECHE A NIÑOS MAYORES DE CUATRO AÑOS. Oficios.

El señor **MONCKEBERG**.- Señor Presidente, desde pequeño me crié en una familia donde el tema de la desnutrición ha calado muy hondo. Mi abuelo, mi padre y mis tíos se han dedicado casi toda la vida a combatir la desnutrición en forma desinteresada, tema en el que han logrado muchos éxitos.

Esta semana se anunció el corte de la entrega gratuita de leche para los niños mayores de cuatro años, para lo cual se dio como argumento la obesidad que sufren niños y jóvenes. Frente a ello, no puedo sino expresar mi gran preocupación, porque se toma la decisión sin siquiera consultar a quienes por años han encabezado, en forma desinteresada y sin color político alguno, la lucha contra la desnutrición. Al parecer, se ha tomado esa decisión por razones meramente económicas. Se dice que la medida producirá un gran ahorro en nuestro sistema de salud. Me parece impresentable que, por ahorrar unos pesos, dejemos a muchos niños sin este alimento esencial.

El problema de la obesidad puede estar focalizado en ciertos casos. Enfrentémoslo como lo haría un buen médico: eliminemos las grasas y todos los elementos que la favorecen. Pero, cortar la entrega de leche porque existen casos de obesidad es la solución más fácil y refleja que la autoridad no ha estudiado a fondo el tema.

Pido que se oficie al ministro de Salud y al Presidente de la República para que no se siga actuando con insensibilidad y se reponga cuanto antes la entrega de leche en aquellas regiones donde ya no se distribuye y se suspenda esa medida en aquellas donde se ha dispuesto no entregarla a partir del 1 de enero. Se deben desarrollar otros planes para combatir la obesidad, pero sin entregar una mala alimentación.

Al respecto, quiero dar un ejemplo. Hace 20 años, Argentina declaró que se había logrado derrotar la desnutrición. Sin embargo, todos hemos visto esta semana la reali-

dad de los niños de Tucumán. No quiero que eso se repita en Chile. Cuando veo que se toman medidas con tanta ligereza y superficialidad, a veces pienso que vamos por ese mismo camino.

He dicho

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Se enviarán los oficios solicitados por su Señoría, a quien recuerdo que hace pocos instantes se aprobó un proyecto de acuerdo relativo al tema de la leche.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 14.48 horas.

JORGE VERDUGO NARANJO,
Jefe de la Redacción de Sesiones.

IX. DOCUMENTOS DE LA CUENTA**1. Oficio de S.E. el Presidente de la República.**

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de las facultades que me confiere el artículo 71 de la Constitución Política de la República, hago presente la urgencia en el despacho, en todos sus trámites constitucionales -incluyendo los que correspondiere cumplir en el honorable Senado-, respecto del proyecto de ley que establece registros que indica, presentado por Mensaje N° 298-348, de 16 de noviembre de 2002.

Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 26 y siguientes de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, califico de “discusión inmediata” la referida urgencia.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República; MARIO FERNÁNDEZ BAEZA, Ministro Secretario General de la Presidencia.

2. Oficio de S.E. el Presidente de la República.

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de las facultades que me confiere el artículo 71 de la Constitución Política de la República, hago presente la urgencia en el despacho, en todos sus trámites constitucionales -incluyendo los que correspondiere cumplir en el honorable Senado-, respecto del proyecto de ley sobre remuneraciones de autoridades de Gobierno y cargos críticos de la Administración Pública, de los alcaldes y da normas sobre gastos reservados (Boletín N° 3171-05).

Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 26 y siguientes de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, califico de “discusión inmediata” la referida urgencia.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República; MARIO FERNÁNDEZ BAEZA, Ministro Secretario General de la Presidencia.

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

Honorable Cámara:

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

I. CONSTANCIAS PREVIAS

1. Origen y Calificación

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

2. Disposiciones del proyecto que deben aprobarse con quórum especial

Ninguna.

3. Disposiciones o indicaciones rechazadas

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

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

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

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

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

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

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

4. Indicaciones declaradas inadmisibles

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

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

5. Disposiciones que fueron aprobadas por unanimidad

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

6. Tramitación especial

Este proyecto forma parte de un conjunto de cuatro iniciativas¹ que fueron tramitadas a las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud vinculadas al denominado plan Auge. Tratándose de materias estrechamente relacionadas entre sí el análisis preliminar y las audiencias públicas se hicieron para los tres proyectos conjuntamente.

-0-

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

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

II. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA REFORMA

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

Se enfatizó por dichos personeros que la reforma propuesta por el Gobierno está basada en sólidos requerimientos sanitarios, existiendo un gran consenso entre los expertos en economía de la salud en cuanto a que, de no haber un cambio profundo en la manera de enfrentar los problemas de este sector, nuestro país tendría serias dificultades para dar solución

¹ La que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (Boletín N° 2.980-11); la que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional (Boletín N° 2.981-11) materia de este informe; la que establece el financiamiento del gasto fiscal representado por el plan Auge y Chile Solidario (Boletín N° 2.982-11), y la que establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado Chile Solidario (Boletín N° 3.098-06).

racionalmente a los problemas de salud más urgentes e importantes, sobre todo, si se considera el nivel de recursos de que dispone y la actual realidad mundial.

La razón fundamental para propiciar esta reforma es que Chile ha cambiado profundamente en las últimas décadas, por lo que los problemas sanitarios actuales son radicalmente distintos a los que existían hace 30 ó 60 años. Se avala lo anterior con las curvas de mortalidad y de discapacidad que afectan a la población chilena², tras lo cual se puede concluir que los años de vida saludable son alterados por estos dos factores que son absolutamente previsibles y manejables.

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

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

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

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

De igual modo, se precisó que sería menester que el sector público se adaptara a los nuevos requerimientos, dado que atiende al 80 por ciento de la población y constituye la colum-

² Ver en Objetivos Sanitarios 2000-2010. Ministerio de Salud.

na vertebral del sistema sanitario. Se buscaría disponer de un sistema público fuerte en salud, pero para ello sería necesario, en primer lugar, modificar el modelo de atención. Esto significa que el mayor esfuerzo financiero del país en el área de salud, en el futuro, se radique en la atención primaria, de modo que los recursos se destinen, principalmente, a la prevención de las enfermedades y, posteriormente, a diagnosticarla y tratarla en los centros de atención primaria. Así, se pretende que sólo las acciones de mayor complejidad se radiquen en la atención hospitalaria.

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

Se explicó además, que la esencia de la reforma consiste en establecer un sistema de acceso universal a un conjunto de prestaciones de salud que se dividen en dos grupos. Uno de ellos corresponde a aquellas prestaciones asociadas a 56 patologías o estados mórbidos -no a 56 prestaciones-, que reciben una garantía en tres niveles. La primera es una garantía de oportunidad en la atención, esto es, si una persona sufre una de estas patologías, deberá ser atendido en un máximo de tiempo establecido. La segunda es una garantía de calidad, según los actuales estándares médicos, en virtud de la cual esa patología será tratada de acuerdo con un protocolo médico que asegura la adecuada curación o enfrentamiento de la enfermedad. La tercera es una garantía financiera, es decir, tiene asociado un nivel máximo de copago, que es coherente con lo que una familia puede enfrentar.

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

Se explicó también que en el plan Auge se ha contemplado inicialmente la existencia de un fondo de compensación, con el objeto de que la prima universal sea única para todas las personas aseguradas por dicho plan, sin que ello implique un problema financiero para el seguro que cubre a la persona. En efecto, puede ocurrir que un determinado seguro esté orientado a un sector de riesgo determinado por la edad y el sexo, que sea superior al promedio de la población, en cuyo caso si sólo recibiera la prima universal como compromiso para estas prestaciones, resulta obvio que tendría un problema financiero. Asimismo, otro seguro podría cubrir a una población cuyo riesgo es inferior al promedio, en virtud de lo cual gastará menos de lo que recibirá como contribución. Por ello, es necesario estructurar -se afirmó- un fondo de compensación sobre la base de que todos los asegurados contribuyan con la prima universal y, posteriormente, el seguro inyectará a cada una de las poblaciones aseguradas por cada seguro, los recursos que se estima debiera destinar conforme a las características de

riesgo que ese particular seguro cubre. De esta manera, la prima universal y la idea de no discriminar en razón de factores de riesgo, como el sexo, la edad, la preexistencia y la condición socioeconómica, suponen la existencia de un fondo de compensación de riesgo -que se denomina fondo de conversión solidario- para que sea plenamente fluida la actividad de seguros y la entrega de seguridad a la población.

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

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

Por tal razón, el Gobierno propone que, tal como fuera históricamente en Chile y como es en el resto del mundo, esta prestación sea sobre una base contributiva, al igual que el resto de las prestaciones de seguridad social en nuestro país. Se indicó que el subsidio de incapacidad laboral por prestación maternal es otorgado por el seguro de salud y forma parte de un paquete que se entrega junto con el seguro de invalidez, el subsidio de incapacidad laboral general y las prestaciones curativas. Por otra parte, se precisó que cuando el Estado financia la compra de un bien entregado privadamente, ese subsidio se repacta entre una proporción que subsidia al consumidor y una proporción que subsidia al productor. En tal sentido, es indudable, de acuerdo con la teoría económica, que el subsidio maternal estatal constituye también un subsidio a la industria privada de las Isapress.

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

³ Explicación en “Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantía Explícita” trabajo elaborado por el señor Fernando Arrau Caraminas (Página Web Cámara de Diputados-opiniones plan Auge).

de recursos por parte del Estado, es que se ha propuesto aumentar algunas contribuciones impositivas.

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

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

El Ministerio de Salud habría realizado un estudio⁴, basado en información de mercado, que señala los protocolos médicos a través de los cuales estas patologías deben ser atendidas y el costo que implican.

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

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

Los contenidos expuestos por los señores ministros fueron complementados, desde la perspectiva del Gobierno, por los señores Álvaro Erazo, director del Fondo Nacional de Salud y Hernán Sandoval, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma.

En relación con el financiamiento de la salud el señor Álvaro Erazo efectuó una explicación de las distintas modalidades utilizadas en las últimas décadas. Destacó que en la década del 80 se operaba mediante un régimen de pago llamado facturación por atenciones prestadas (FAP), que consistía en la planilla de sueldos por un lado y el costo de la prestación, los bienes y servicios, por otro. El FAP tomó los bienes y servicios y los corrigió de

⁴ Desarrollo del esquema de costo del Plan Base del Régimen de Garantías en Salud. Ministerio de Salud. Julio 2002. Se cita entre los documentos recibidos por las Comisiones unidas.

acuerdo a la mayor o menor cantidad de mano de obra utilizada en el procedimiento de atención hospitalaria. Esto es, si era un procedimiento quirúrgico, se le asignaba un factor, por ejemplo, 40, y si era un procedimiento de especialidades se le asignaba un factor 10, pero la planilla seguía por su lado.

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

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

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

A propósito del fondo de compensación sostuvo que es una subvención a la prima universal, que es pareja y con tarifa plana, para que contribuyan todos los chilenos. De tal manera que, para que este mecanismo de compensación sea de verdad en función de lo que son los problemas de salud, lo que hace es identificar a una población que no tiene recursos: los no cotizantes, los indigentes, o los carentes de recursos, y a ellos el Estado les contribuye con 50 mil pesos. Estimó razonable y un tremendo avance otorgar una subvención a la prima de una población que antes no tenía cómo financiar su salud. Ésa es la fuente solidaria que se basa en diversos impuestos conocidos como impuestos antivicio. Para esos indigentes se ha identificado esta cantidad de recursos, que asciende a alrededor de 153 mil millones de pesos.

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

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

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

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

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

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

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

El diputado señor Carlos Vilches, quiso saber si el plan Auge da una respuesta efectiva a las inquietudes que tienen las personas, las cuales guardan relación con la demora en la obtención de una hora médica para una atención de salud en los hospitales de las regiones, o la

falta de camas disponibles para realizar pequeñas intervenciones quirúrgicas, sin mayor complejidad y en las dificultades en el sistema de la interconsulta para casos de mayor complejidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El diputado señor Camilo Escalona, afirmó que se necesita establecer una política especial para pagar mayores remuneraciones a los especialistas en zonas alejadas de los centros urbanos, o permitir que estos servicios tengan convenios con universidades, de tal forma que a través de la capacitación, les resulte atractivo trabajar en regiones.

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

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

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

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

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

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

El señor Juan Luis Castro hizo presente la voluntad del Colegio Médico de colaborar en el estudio de las iniciativas propuestas. Destacó entre los aspectos que le preocupan el de las licencias médicas. Agregó que, si bien la propuesta de reforma a la salud busca garantizar acceso, garantías y coberturas determinadas, estima necesario avanzar decididamente en orden a garantizar el reposo por enfermedad. Sostuvo que el sistema actual no puede ofrecer al

país garantías de que se puede cumplir con el reposo por enfermedad en forma transparente y adecuada, con garantías de cobertura mediante los subsidios que correspondan, sin estar expuestos a los abusos que se han producido durante largo tiempo, por distintos sectores, respecto de este beneficio, el que de algún modo también requiere de una profunda reforma. En ese sentido, le pareció importante, primero, que se considere esta discusión en el seno de la reforma, y segundo, que los empleadores también asuman el pago de subsidios por incapacidad laboral.

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

En el tema de la deuda hospitalaria en nuestro país sostuvo que, difícilmente, se podrá avanzar en la reforma si no se sana definitivamente esta deuda, que tiene su origen no simplemente en el no pago a un acreedor, sino en que la salud está financiada a valores por debajo de su costo real. Le pareció fundamental que la autoridad establezca con claridad el costo global que significa poner en marcha la reforma de la salud. Se ha partido de una cifra piso de 153 mil millones de pesos, pero han surgido en el debate público cifras diferentes y superiores en un nivel bastante mayor que el margen propio de una estimación que puede ser equívoca.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por lo tanto, desde su perspectiva, le resulta complejo pensar que para diseñar un instrumento de programación sanitaria como es el plan AUGE, se tenga que recurrir a un proyecto de ley, siendo que ello se puede hacer con un simple decreto ministerial. Sin embargo, ya que se plantea la alternativa del proyecto de ley, al crearse un sistema para ciertas enfermedades lo que se está haciendo es una discriminación en salud, que denominó “discriminación AUGE”

no Auge". Es decir, no va a ser lo mismo enfermarse de una patología Auge que enfermarse de una patología no Auge. Postuló que existen incentivos perversos para los que administran el sistema de salud en ese sentido, porque cuando el director de un hospital enfrenta una patología Auge sabe que va a recibir fondos destinados a financiarla, o sea, prestaciones valoradas a costos reales, y para las otras recibirá más o menos lo mismo que está recibiendo hoy día, lo que genera todos los problemas de deuda ya conocidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

se establece una cobertura integral, capaz de resolver todos los problemas de salud que un individuo pueda enfrentar.

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

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

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

Agregó que establecida la cobertura mínima, dispuesto el plan básico general para todos los chilenos y determinado que dicho plan es integral y que resuelve todos los problemas que la persona puede enfrentar en algún momento, se podrán construir los beneficios complementarios. Estos beneficios constituyen el segundo nivel de cobertura. Sin embargo, aseguró que en el proyecto se contemplan una serie de regulaciones respecto de los beneficios complementarios con fines que no aparecen nítidos.

Así es como se establece que en ningún momento se puede dar menos del 25 por ciento de lo que está dispuesto en el propio beneficio complementario. Es por ello, que se preguntó para qué se ponen esas limitaciones si ya se establecieron claramente los beneficios mínimos que en todo momento las personas tendrán vigentes, incluso quienes pertenecen a Isapres. En ese sentido, sostuvo que, deja de tener importancia mantener una regulación muy estricta de

dichos beneficios, puesto que la propia cobertura mínima ya resolvió ese problema y, por lo tanto, aquellas inconsistencias que en la actualidad permanecen en la ley, producto de regulaciones anteriores en las cuales no había una cobertura mínima, deben ser eliminadas, a fin de permitir la máxima flexibilidad. Esto lo consideró muy importante para los resultados que se obtengan de la cobertura mínima, puesto que esta amplia libertad permitirá que la creatividad busque las mejores formas de otorgar mejores coberturas, probando dichas formas con la certeza de que las personas siempre podrán acceder a mayores beneficios y aquello que dé excelentes resultados puede ir traspasándose a las coberturas mínimas que están siendo establecidas.

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

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

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

Una vez que se ha establecido esta obligación de compensar entre uno y otro grupo, aparece otro problema, señala, pues se modifica de una discriminación por sexo y edad a una discriminación por el tamaño familiar, debido a que se compensa, tal como la ley lo está planteando hoy día, individuo a individuo. Ello significa que toda familia que tenga dos o

más hijos, tendrá que aportar fondos por cada hijo adicional y, además, por la mujer sola en edad fértil o por los adultos mayores. Entonces, esto, a la larga, es una especie de impuesto hacia las familias de gran tamaño. Por lo tanto, planteó que se debe establecer una regulación para que no haya diferencias importantes en el precio y analizar bien la compensación de manera de no causar más daño que beneficio.

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

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

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

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

Hizo presente que los prestadores privados no sólo atienden a pacientes afiliados a las aseguradoras, sino también a aquellos beneficiarios de Fonasa en su modalidad de libre elección y a particulares que no tienen previsión en salud. Informó que, del total de instituciones prestadoras, la gran mayoría corresponde a micro, pequeñas o medianas empresas, cuyos

“empresarios” son mayoritariamente profesionales de la salud y en cuyos centros se atiende a más del 70 por ciento de la atención primaria y secundaria privada.

Este gran sector de prestadores, afirmó, ha tenido un rol fundamental no sólo en lo curativo, sino también en su acción rehabilitadora y en los procesos de difusión del autocuidado de la salud por parte de la población, además de su accionar preventivo, evitando o disminuyendo el número de pacientes hacia el nivel terciario, asimismo, cumplen un papel fundamental en resolver los problemas de oportunidad y acceso a la atención primaria y secundaria de salud.

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

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

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

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

III. IDEA MATRIZ Y FUNDAMENTAL DEL PROYECTO

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

IV. ANTECEDENTES GENERALES

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

Como se especifica en el Mensaje, a diciembre de 2001, el sistema de instituciones de salud previsional contaba con 22 Isapres, de las cuales 14 son abiertas y 8 son cerradas. Todas éstas otorgan cobertura a cerca de 2,941 millones de beneficiarios, es decir, aproxima-

damente a un 19,5% de la población del país. De ellos 1,295 millones son cotizantes y 1,646 millones son cargas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

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

- 1) El Régimen de Garantías de Salud y las prestaciones y beneficios que Fonasa otorga en la modalidad libre elección deberá otorgarse por todas las Isapres a un mismo precio a todos los beneficiarios, sin diferencia de sexo y edad. Se propone limitar el alza de precios de los contratos de cotizantes cautivos, sujetándolo a un índice máximo definido por la Superintendencia respectiva.
- 2) Las Isapres deberán mantener el contrato -de carácter indefinido- por un mínimo de tres años, pudiendo modificarse el precio del plan de salud que contenga el plan Auge, las prestaciones del Fonasa y los beneficios complementarios que los afiliados contraten sólo cada tres años, una vez que se defina el valor -prima universal- del régimen de garantías del plan Auge.
- 3) Garantizar a los beneficiarios del sistema Isapre el acceso a las atenciones de salud en el período inmediatamente posterior a la muerte del cotizante, manteniendo el contrato vigente por un período mínimo de un año.
- 4) Garantizar a quienes han sido beneficiarios de una Isapre y que, a raíz de sus antecedentes de salud, no son admitidos por la misma institución como titulares de un contrato cuando comienzan a percibir ingresos, que lo serán.
- 5) Permitir que los afiliados puedan cambiarse de Isapre en caso de que el registro de la Isapre en que cotizan haya sido cancelado, sin establecer restricciones para su afiliación.
- 6) Uniformar los aranceles utilizados para determinar el financiamiento de las atenciones de salud, avanzando hacia un arancel único para el sistema Isapre.
- 7) En relación con las facultades de la Superintendencia: a) permitirle su intervención ante situaciones financieras deficitarias o complejas que afecten a las Isapres y que puedan poner en riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios; b) contar con mayores niveles de confiabilidad de la información financiera-contable de las instituciones; c) intervenir en aquellos traspasos de cartera que se producen con motivo de ventas, fusiones y, o absorciones entre las empresas fiscalizadas; d) permitir conocer los hechos relevantes que afectan, o pudieran afectar, a las Isapres; e) conocer los prestadores que las Isapres utilizan para otorgar sus beneficios, f) establecer exigencias a los convenios que suscriban con dichos prestadores y controlar las alzas de precios en los cotizantes “cautivos”; g) controlar a los agentes de ventas de las Isapres, y h) aplicar multas de hasta 1.000 unidades de fomento.

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

VI. DISPOSICIONES LEGALES QUE EL PROYECTO MODIFICA

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

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

cuya propiedad pertenece a médicos-cirujanos, siendo las normas legales obligatorias por igual a todas ellas.

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

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

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

El principio inspirador de la industria es la libre competencia que ha permitido que el mercado de las Isapres esté conformado por 23 instituciones, de las cuales 15 son abiertas y 8 son cerradas, cubriendo una población beneficiaria de 3,1 millones de personas.⁵

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

VII. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS O FINANCIEROS

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

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

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

VIII. DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL DEL PROYECTO

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

⁵ Fuentes: Boletín Estadístico, sistema Isapre, año 2000. Elaboración Ciedess.

⁶ Resumen sobre las Isapres extraído de “Modernización de la Seguridad Social en Chile, Resultados y Tendencias” Ciedess, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

Afirmó que la Superintendencia, en su labor no sólo reguladora, sino de atención a público, atiende consultas y reclamos de los beneficiarios. Durante el 2001 recibió casi 4.500 casos de reclamos escritos en contra de las Isapres, siendo los temas más frecuentes las licen-

cias médicas, la adecuación anual y los términos de contrato. Sin embargo, si se suma a esto las consultas telefónicas o por medio de la “web”, se llega a casi 60 mil consultas y reclamos al año.

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

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

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

Manifestó que, por otro lado, hay una situación importante que ha afectado al sistema de Isapres, y es que, de algún modo, éstas no se han hecho totalmente cargo de los problemas de

salud de sus afiliados. El hecho de que no exista la prevención suficiente para los problemas de salud que aquejan a la población afiliada a las Isapres, es de público conocimiento, cuestión que también se habría discutido en la Comisión de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Siguiendo con las modificaciones propuestas a la ley N° 18.933, está la finalidad de impedir que las Isapres suban los precios de los planes de salud de los cotizantes cautivos por

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

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

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

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

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

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

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

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

Por otra parte, aseguraron que el período de 3 años constituye una limitación a la libertad del afiliado, ya que sólo podría desafiliarse después de transcurrido ese lapso. Además, concentra la actividad comercial, porque el proyecto dice que sólo se podrían hacer adecuaciones 6 meses después de publicado el decreto que cambia el Auge. Habría una gran concentración

de la actividad comercial que consideran peligrosa. En general, sugieren una adecuación de precios y desafiliación al aniversario del contrato, pero cada 2 años. Esto es mantener el esquema actual, que es una fecha conocida, el aniversario del contrato, pero cada 2 años, para repartir la actividad a través del año, y no concentrarla toda en un solo período. Hoy existen contratos anuales y de dos años. Afirmaron que han tenido una buena experiencia con estos últimos. Además, proponen que, adicionalmente, los planes se puedan modificar los años en que se modifique el Auge.

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

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

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

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

Se ha planteado la posibilidad de introducir una norma donde el alza de ningún contrato pueda exceder del 50% del alza promedio de la Isapre para todos sus contratos en el año. En resumidas cuentas, se trata de establecer un sistema de bandas. Por ejemplo, cuando una Isapre informa las alzas del próximo año, si informa 5%, automáticamente ningún contrato puede subir más de 7,5%. Ésta sería una protección para los cautivos, a través de una norma general, a quienes no se puede discriminar. Se necesita la banda -este espacio del 50%-, porque no todas las modalidades de contrato suben en la misma proporción. Claramente, hoy día hay fuerte presión de costos respecto de contratos de cobertura 100% -es decir, que no tienen copago- y de mucha libre elección. En cambio, los contratos de menor cobertura, cerrados y con copago, tienen una tendencia a subir menos. Va en función de los costos. Por eso se necesita una estrategia de precios, para privilegiar uno en vez de otro. Por último, dicen que ello se propone manteniendo la norma de que las alzas deben ser generales por plan, sin discriminar por el estado de salud, que es lo que existe actualmente. El problema que tiene la norma actual es que el concepto de plan que estaba en la ley ha perdido vigencia. Esto ha sido producto de la propia ley, que permite que el afiliado no acepte el alza del plan rebajan-

do los beneficios. Entonces, cuando los afiliados optaban por rebajar los beneficios, automáticamente se creaba un nuevo plan con los beneficios menores, porque cada afiliado bajaba los beneficios acorde a su situación para mantener el precio. Eso es lo que ha generado la gran proliferación de planes. En realidad, ninguna Isapre comercializa hoy muchos planes; no son más allá de diez planes. Pero el concepto de plan se ha extendido en una cifra muy grande y, en verdad, no son planes reales; son planes producto del problema de las adecuaciones. Plantearon que esta norma hay que mantenerla y, quizás, buscar una definición de plan que apunte a lo que se quería con esta norma: que el alza sea de tipo general y que no haya una discriminación hacia el afiliado en función de su estado de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobre la determinación de la garantía se está cambiando por el proyecto de ley desde un mes de cotizaciones al monto de los pasivos u obligaciones con los afiliados. Este lo conside-

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

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

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

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

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

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

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

Por otra parte, para que un prestador ingrese a la red tendrá que aceptar no sólo las condiciones arancelarias del asegurador, sino también las técnicas y las éticas. Además, la relación médico-paciente se verá alterada al obligar a éstos a abandonar a su tratante habitual, lo que cobra mayor relevancia en áreas muy delicadas como la ginecológica y la de las subespecialidades, cuando haya una necesidad imperiosa de continuar tratándose con un especialista determinado.

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

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

pre, se producirá lo mismo que en el Fonasa: los pacientes buscarán sus prestadores de confianza aunque tengan que renunciar a los beneficios a que tienen derecho.

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

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

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

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

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

Destacó que existen otros puntos del proyecto de ley que también interesan al Colegio Médico. Uno de ellos se refiere a la facultad de la Superintendencia de Isapres para requerir las fichas clínicas y otros antecedentes para resolver reclamos médicos. El prestador médico cirujano está sujeto al secreto profesional del Código Penal y no puede revelar secretos que sus pacientes le hubieren revelado. El Código de Ética del Colegio impone al médico no revelar los hechos, datos o informaciones que haya conocido en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial o libre autorización del paciente.

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

Otro problema que les interesa es la supresión de la Compín como instancia de reclamación y de resolución en materia de licencias médicas. De lo resuelto por la Isapre, sólo se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Se priva a los pacientes de una instancia especializada en reclamos y todas las reclamaciones se trasladan a la Superinten-

dencia de Seguridad Social, sin modificar la organización de ella. Se mantiene la injusticia de cargar al trabajador enfermo todo el peso del reclamo por el rechazo de la licencia por la Isapre. Es la Isapre y el empleador quienes deberán reclamar a la Compín en contra de una licencia médica, si la estimaren inadecuada. Mientras dure el proceso de reclamo, el paciente debiera gozar de todos los beneficios legales de la licencia médica. Al estar enfermo, el paciente es sometido a la duda, se le presume culpable y pierde su derecho al beneficio de la licencia médica. Debería invertirse el peso del reclamo a una licencia, de manera tal que sea la Isapre y, o el empleador los que debieran demostrar que la licencia no es válida o adolece de defectos. Pero no parece adecuado que el enfermo, en su condición de tal deba, además, soportar el peso del reclamo por una licencia que le ha sido otorgada.

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

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

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

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

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

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

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

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

Por último, destacó que el proyecto contempla una norma que dice relación con los hospitales de autogestión en red, esto es, hospitales que podrán vender servicios a privados. Agregó que si en el espíritu de la ley está promover la venta de servicios de los hospitales públicos autogestionados a las Isapres, estima necesario que la venta se materialice a un precio tal que considere los verdaderos costos de las prestaciones, incorporando pago de impuestos, depreciación de equipamiento, infraestructura, mano de obra, etcétera, de modo que exista concordancia con los costos de las empresas prestadoras privadas, de forma tal de prevenir

distorsiones en el mercado. Acotó que en la actualidad la industria prestadora privada debe enfrentar la competencia de hospitales que gozan de excepciones de pago de IVA y que aplican el concepto de costo marginal a prestaciones que ofrecen a particulares no beneficiarios, como el caso de los hospitales de las Fuerzas Armadas y de las mutuales de accidentes de trabajo.

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

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

IX. DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN PARTICULAR DEL PROYECTO

En relación con este párrafo cabe señalar lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Sin perjuicio de las facultades que esta ley concede a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se aplicarán a dichas Instituciones las normas de protección del

consumidor consagradas en la ley N° 19.046. El Servicio Nacional del Consumidor podrá ejercer las atribuciones legales respecto de estas Instituciones, comunicando a la Superintendencia señalada dentro del plazo de siete días hábiles cualquier resolución general o especial que adopte al respecto.”

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

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

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

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

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

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

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar un plan complementario con otra Institución de Salud Previsional.”

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

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

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

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Incorpórase el siguiente inciso cuarto nuevo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se sostuvo que la indicación apunta a lo que hoy día se hace en materia de salud pública tendiente a separar las funciones entre las distintas instituciones para dar una mayor transparencia y equidad al sistema. En el sistema público, el Fonasa recoge las cotizaciones y financia las prestaciones del cuarto grupo. Por otro lado, en el sistema público, las prestaciones de salud son entregadas por los servicios de salud a través de los hospitales, o por los consultorios, a través de la atención primaria. Son organizaciones distintas las que, por un lado, recogen el financiamiento y financian, y por otro, las que otorgan las prestaciones. Se afirmó que se busca solucionar problemas importantes de la salud. Así por ejemplo, cuando una Isapre, a la vez entrega las prestaciones, ha ocurrido que ésta pone reglas a sus prestadores en términos de reducir y limitar las licencias médicas, las prestaciones que pueda tener una persona, etcétera.

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

Por su parte, el diputado señor Cardemil hizo reserva respecto de las acciones que a futuro se puedan deducir por inconstitucionalidad, si es que prospera esta indicación, por cuanto es claro que en ésta se están vulnerando dos garantías constitucionales, a saber: la del

artículo 19, numeral 21, que asegura el derecho a desarrollar cualquier actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen; y la del artículo 19, numeral 26, que decreta la seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen las garantías que ésta establece no podrán afectar los derechos en su esencia, ni imponer condiciones, tributos o requisitos que impidan su libre ejercicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se regirá de conformidad al procedimiento

de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La garantía deberá constituirse en dinero efectivo o en los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500, de 1980, los que deberán tener un plazo

de vencimiento no superior a noventa días. A solicitud de dos o más Instituciones y sobre la base de normas de general aplicación dictadas por la Superintendencia, podrá mantenerse la garantía en instrumentos diferentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9) En el artículo 37:

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

b) Agréganse los siguientes incisos:

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

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

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

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

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

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

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

“Artículo 38.- Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 33 de la ley, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán modificarse ni dejarse sin efecto durante su vigencia sino por mutuo acuerdo de las partes, todo ello sin perjuicio de su terminación por resolución del contrato declarada judicialmente. Con todo, la Institución deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 32 bis de esta ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación si ésta es requerida por el afiliado.

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios de la ley N° 18.469. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente. Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.

Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.

Los beneficios contemplados para un mes estarán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior cualquiera sea la época en que la institución perciba efectivamente la cotización.

En el evento de que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

Las instituciones podrán en casos calificados solicitar a las comisiones que establece el artículo 11 del decreto ley N° 3.500, de 1980, o a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, según corresponda, la declaración de invalidez del cotizante. En ningún caso, podrán condicionar beneficios y prestaciones a la prestación de una solicitud de declaración de invalidez por el afiliado, ni promover, solicitar o exigir a éste que la presente.

Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones da que se refiere el citado artículo 11, las Instituciones deberán financiar la totalidad de los gastos que demande esa solicitud, tales como exámenes de especialidad, análisis, informes y gastos de traslado del cotizante.

No se considerará incumplimiento del contrato por parte del afiliado, el hecho de no haberse enterado por su empleador o por la entidad pagadora de la pensión, en su caso, las cotizaciones legales de salud y/o sumas superiores pactadas y será obligación de la Isapre comunicar esta situación al afiliado”.

Artículo 39.- El precio base de cada plan de salud sólo podrá reajustarse cada tres años dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias. El reajuste no podrá ser superior al porcentaje que indique el Índice de Variación de Costos de la Salud, calculado por una institución pública independiente para el período de tres años que termina el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a aquél en que se efectúa el reajuste. La Institución de Salud Previsional deberá comunicar al afiliado el reajuste que pretende aplicar mediante carta certificada enviada con suficiente anticipación para que éste la reciba con una anticipación mínima de dos meses a la fecha en que debiere comenzar a aplicarse el reajuste. A esa carta deberá agregar copia de documentación del Instituto Nacional de Estadística que contenga el Índice de Variación de Costos de la Salud. No podrá comenzar a aplicarse el reajuste si es que el afiliado no ha recibido la carta referida anteriormente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. En el caso de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio no podrá superar el índice que establezca la Superintendencia en instrucciones de general aplicación. En la misma instrucción, dicho Organismo deberá establecer las razones de edad y los antecedentes de salud que determinarán la condición de cautividad para el período de que se trate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por el numeral 12) que pasa a ser número 17), se intercala en el artículo 41 referido a los beneficiarios de los contratos celebrados entre la institución y el cotizante, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser inciso cuarto:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puesto en votación este numeral fue rechazado por unanimidad.

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

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

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

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

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

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

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

“Artículo 47 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 47, una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes tendrán derecho a incorporarse a la Institución de Salud Previsual que elijan, la que estará obligada a suscribir con ellos los respectivos contratos de salud previsual y a ofrecerles el plan de salud en actual comercialización, cuyo

precio más se ajuste al monto de la última cotización pactada con la institución cuyo registro se canceló.

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

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

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

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

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

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

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

En el artículo 2°, se dispone que las referencias que las leyes y reglamentos hagan a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o a la Unidad de Licencias de los Servicios de

Salud, se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Seguridad Social, en lo tocante a las apelaciones o reclamos de licencias médicas autorizadas por la Instituciones de Salud Previsional.

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

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

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

Puesto en votación este artículo fue aprobado por unanimidad.

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

Agréganse los artículos transitorios siguientes:

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

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

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

Puestas en votación las indicaciones precedentes fueron aprobadas por unanimidad.

X. NÓMINA DE DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN

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

Se han introducido al proyecto modificaciones formales que se recogen en el texto propuesto a continuación.

XI. CONCLUSIÓN

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

PROYECTO DE LEY

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

1) En el artículo 2º:

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

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

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

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

j) La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Reemplázase el artículo 6° por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) En el artículo 33:

a) Sustitúyese el inciso primero, por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) Sustitúyese la letra g) por la siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

12) En el artículo 35:

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

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

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

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

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

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

15) Agrégase el siguiente artículo 38 bis:

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

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

16) Sustitúyese el artículo 40, por el siguiente:

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

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

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

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

las que ya se encontraren en curso, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud.”.

18) Agrégase el siguiente artículo 41 bis:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se designó diputado informante al señor Accorsi, don Enrique.

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

4. Informe viaje Comisión Derechos Humanos a la ciudad de Guatemala a la Reunión Internacional de Legisladores sobre la problemática migratoria de América Latina y el Caribe, realizada durante los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2002.

En conformidad al Reglamento de la Cámara de Diputados respecto del viaje de delegaciones oficiales fuera del país, me permito señalar lo siguiente:

1. La Comisión de Derechos Humanos fue invitada oficialmente por la Presidenta de la Cámara de Diputados de México señora Beatriz Paredes Rangel. A esta reunión que no se efectuaba en México, sino que en la Ciudad de Guatemala, si bien es cierto fui nominado junto a los diputados Rosauro Martínez y Fulvio Rossi, este último no concurrió, por lo que viajamos con el diputado Rosauro Martínez.

Participamos en todas las reuniones generales y para un mejor efecto y conocimiento el diputado Martínez se constituyó en la Comisión o mesa de trabajo número uno con el tema Proyecto Regional de Educación de América Latina y el Caribe y yo lo hice en la número tres, con el tema Tratados Migratorios, en la que me tocó actuar como secretario.

2. La mesa número dos con el tema “Los Derechos Humanos de los Migrantes” y la número cuatro con el tema “Creación de Centros o Zonas de Desarrollo al Sur y los Servicios de Atención a los Migrantes”, completaban las mesas de trabajo.
3. Llegaron más de sesenta representantes, diputados y senadores, de los diversos países, siendo los principales: Guatemala y de México, y también Venezuela, Ecuador, República Dominicana y Brasil. También se hicieron presentes representantes de organismos internacionales como Flacso de Guatemala, Parlamento Centroamericano, Parlamento Andino y otros.
4. Tal vez el tema más importante en mi comisión fue el que se refirió a la ratificación del Convenio N° 169, el cual requiere, por parte de la ONU, que sea aprobado por veinte países y a la fecha sólo lo han hecho 19 y por lo tanto falta uno (entre ellos, Chile). Curiosamente al aprobarlo Guatemala lo hizo con dos reservas, especialmente por la carga presupuestaria que esa aprobación representa para ellos. Pedí los antecedentes de esto para estudiarlos y ver a qué se refieren y si tienen alguna relación con la situación nuestra. Esas reservas que ellos hicieron en todo caso no cambian el contenido práctico del convenio.
5. Se informó que hay firmados entre diversos países del Parlatino un total de 68 tratados relacionados con Migración.
6. Se trataron en forma menos amplia los convenios N° 97 de trabajadores para el país que los acoge, el N° 143 que es el más completo, ya que implica situaciones de familia (esposa, hijos, etc.) educación, libre sindicalización, salarios similares tanto para el trabajador local como para el migrante, etc. El N° 110 sobre la sindicalización de los trabajadores migrantes de plantaciones agrícolas.
7. Hay varios tratados sobre cooperación entre fronteras, ya que, por ejemplo, por Guatemala, pasan obreros de otros países de Sur y Centroamérica en tránsito hacia México que es el país que más capta trabajadores por los mejores salarios y trato laboral.

8. En relación con los sindicatos se señaló que no hay conocimiento de reclamos de incumplimiento de ellos ni para los convenios 97 y 143.
9. Llamó poderosamente la atención una legislación mexicana que castiga al agricultor migrante mexicano que no explota su tierra durante dos años seguidos, ya que si ello ocurre, pierden el derecho a la tierra y la nacionalidad, lo que hace que muchos de ellos se cambien los nombres y apellidos, y el Congreso ha tenido que legislar para evitar esa situación, principalmente porque quedarían con grandes extensiones de tierra sin cultivadores.
10. También en México tienen legislación estricta para aquellos que se dedican a llevar a otros países a trabajadores legales permanentes y con mayor razón a los que llevan los ilegales a laborar.
11. Curiosamente, Guatemala recibe muchos migrantes ecuatorianos que les obliga económicamente a sustentar muchos de sus gastos, lo que también sucede en otros países. Ése fue un reclamo generalizado, ya que se estima que como es poco lo que gastan, ya que son muy frecuentes y numerosos los envíos de dinero a sus familias en el país de origen, no representa su presencia mayor volumen en el comercio del país local.
La constitución de Guatemala favorece y garantiza una serie de beneficios a todo trabajador extranjero de cualquier país de origen sin ningún tipo de distingo en relación con los trabajadores nacionales, lo que prácticamente es una excepción en este tipo de temas.
Guatemala con Ecuador son los dos países que más migrantes salen a trabajar a otros países, aun los no limítrofes. España y Estados Unidos son los países que más defienden a sus nacionales que trabajan en otros países, sean o no vecinos de frontera.
En general, todos los países tienen problemas con los migrantes que llegan a trabajar, ya que hay roces con los trabajadores residentes por más bajos salarios y porque los empleadores les dan menos garantías que a sus connacionales.
12. Se destacó que Canadá es el único país con una legislación más moderna, justa y efectiva y que debería servir de modelo a los países representados en el Parlatino.
En esa oportunidad presenté la moción de que todos los países debían llevar al Parlatino sus legislaciones vigentes, que se relacionan con materias migratorias para realizar un comparado y tratar de hacerlas concordantes. Yo entregué tres leyes que llevaba con el tema.
En México la llaman ley general de Población.
13. Se desea tratar de tipificar en forma similar los delitos relacionados con las migraciones y que sus transgresiones sean anualmente denunciadas por los países miembros del Parlatino y llegar a una legislación pareja dándosele la publicidad correspondiente, de tal manera que los trabajadores sepan en qué condiciones van a llegar a trabajar a los países de destino, para lo cual se habló de hacer una cartilla del migrante y de mejorar y ampliar los convenios de extradición, ya que en ese sentido falta mucha legislación o tratados.
14. La mayor crítica se centró contra los Estados Unidos, ya que en su prepotencia dejan muy desamparados a los migrantes y los Estados Federales tienen grandes fallas de incumplimiento de normativas legales que dejan en la total indefensión al migrante y por atrasos en los juicios resulta que antes que se fallen, el migrante ya ha sido expulsado del territorio.
15. En general, las situaciones de los migrantes son muy similares en todos los países, es decir, falta un trato más humano no sólo para ellos, sino que para la familia que muchas veces se traslada junto con el trabajador y dado que normalmente el trabajador no es un hombre con especialización, o sea es obrero neto.

Como dato curioso debo señalar que hace pocos meses me había tocado contestar una encuesta sobre las migraciones en Chile, que después de contestada y revisada más información y antecedentes me hizo ver que los migrantes fronterizos de Chile, muchas veces también tienen tratos denigrantes para ellos y sus familias, por lo que habría que exhortar para que aprendamos a comprender y ayudar a aquellos que llegan a nuestro país, tal como lo hicieron países vecinos con los chilenos que hace algunos años se fueron de nuestro país, especialmente a Argentina o aquellos que en mi región se van a trabajar anualmente a Neuquén en la época de manzana y la fruta en general.

Como antecedente debo señalar que el viaje tanto de ida como de vuelta se hace bastante pesado por las esperas en Lima y San José de Costa Rica que es larguísima.

En la Comisión de Derechos Humanos he dejado copia de este informe, un disquette y otra documentación que traje.

Es cuanto puedo informar a Uds.

(Fdo.): EDMUNDO VILLOUTA, diputado.