

Documento de Trabajo

REVISIÓN AGENDA LEGISLATIVA DE SALUD

**Estado sobre reformas al sistema de salud en la discusión
parlamentaria de Chile, 2010-2021**

Departamento de Estudios y Desarrollo

Diciembre 2021



Contenido

Presentación.....	3
Proyectos que regulan aspectos de fondo o de diseño estructural del Sistema de ISAPRE.....	6
Proyectos relacionados con los prestadores de salud, precios e integración vertical.....	14
Proyectos que buscan aumentar beneficios de afiliados.....	27
Proyectos que afectan al Sistema Público de Salud en su conjunto, aspectos regulatorios transversales o que buscan el establecimiento de políticas públicas.....	34
Glosario	46
Referencias.....	48
Resumen proyectos de ley	49



Presentación

El sistema de salud es regulado por un conjunto de normas e instituciones, en el ámbito de los seguros de salud privados. Estos se encuentran regidos por lo establecido en el DFL N°1 de 2005 de Salud y son regulados y fiscalizados por la Intendencia de Fondos de la Superintendencia de Salud.

En el marco de la reforma de salud del año 2005, se establecieron institucionalidades y actores en el sistema privado de Salud, que permanecen vigentes hasta el día de hoy.

El año 2010, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la clasificación de riesgo de las ISAPRES. Durante más de 12 años, el sistema de privado de salud de Chile ha sido testigo de diversos esfuerzos por superar esta sentencia a través de múltiples estrategias. Estos esfuerzos han consumido gran capital de los diversos agentes del sistema, teniendo como resultante un conjunto de iniciativas, la cuales representan los diferentes énfasis y enfoques de los sectores que los han promovido (SENTENCIA RECAÍDA EN ROL N° 1710-10, 2010).

Según Alejandra Zúñiga (2014), los acuerdos políticos alcanzados en los proyectos de reforma tendrían algún éxito, en la medida que se cree una nueva institucionalidad para las ISAPRES *“que garantice, sin discriminación, el derecho al cuidado sanitario básico exigido por la justicia constitucional”*(Zúñiga F., 2014).

Existen limitaciones (normativas) estructurales que minimizan el rol regulador de la Superintendencia. Chile al igual que otros mercados sanitarios, tienden a transgredir los principios y requisitos de una competencia perfecta en economía (Dranove et al., 1992). La organización del sector privado discrimina a un sector de la población por edad, sexo y condiciones de pagos para su acceso, esto se fundamenta en reiterados fallos judiciales y en un consenso social cada vez más amplio respecto de las fallas de regulación del sistema privado.

Según Goyenechea esto tiene su explicación en factores como la excesiva concentración de las ISAPRES y el modelo de negocio en función de la discriminación por riesgo e ingresos, lo cual ha potenciado una avalancha de procesos judiciales ligados a los reajustes unilaterales de precios(Hidalgo, 2019). Por lo tanto, es muy relevante la intervención del estado en la vigilancia y monitoreo de los mercados, para su mejor desempeño (Stolper et al., 2020).

Las deficiencias del sistema privado de salud generan un descontento transversal en la población, lo que se ha traducido en un aumento sostenido de cuestionamientos políticos y sociales de todos los sectores de la sociedad. Lo anterior ha motivado diversos intentos de reformas legislativas “maximalistas”, que buscaban una modificación total del sistema de salud, incluyendo, reformas al financiamiento y a los prestadores; concentradas en el sistema privado que buscan modificar el funcionamiento de las ISAPRES; y las de seguro único que buscan concentrar el financiamiento, pero no modificar el sistema de prestadores. Todas estas reformas presentan como factor común modificar la intencionalidad de regulación y mejorar los sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias(Centro de Políticas Públicas UC, 2019).

Para el departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, conocer el proceso de discusión legislativa es relevante para el proceso de adecuación de normas administrativas y modificaciones legales al sistema actual. Existen un conjunto de iniciativas parlamentarias que, dado el contexto político social de los últimos cuatro años, se transformaron en leyes de la República. Estas leyes, que son constitucionalmente de atribución del ejecutivo, dado que inciden directamente en la organización del Estado, fueron aprobadas por el pleno del congreso nacional, y no fueron presentadas al tribunal constitucional, ni tuvieron veto presidencial.

Por lo que el objetivo de este estudio es presentar un panorama sinóptico de la agenda legislativa en salud, con el fin observar el impacto en los cuerpos normativos recientemente aprobados. Atendida la enorme heterogeneidad de los proyectos de ley revisados, muchos de ellos contradictorios entre sí, resulta de alta complejidad establecer un mínimo común de ideas matrices.

Por otra parte, el enfrentamiento de las urgencias generadas por la Pandemia por COVID 19 han derivado en una gran cantidad de proyectos de ley que buscaban resolver problemas puntuales del Sistema de Salud. Algunas de estas iniciativas se transformarían en cuerpos legales destinados a tener una vigencia acotada a la pandemia, otros serían la oportunidad para incorporar cambios mas permanentes en el Sistema. El resultado final de estos esfuerzos aún está por verse, ya sea porque hay aun aspectos estructurales que siguen sin resolverse, como por el hecho que aun algunos no se han terminado de implementar.

El estudio da cuenta de un conjunto de proyectos y mociones parlamentarias que se encuentran actualmente en tramitación en ambas cámaras del Congreso Nacional. Como se observa en la Fig. 1, están organizados en cuatro ámbitos temáticos: Proyectos que regulan aspectos de fondo o de diseño estructural del Sistema de ISAPRE, proyectos relacionados con los prestadores de salud, precios e integración vertical, proyectos que buscan aumentar beneficios de afiliados y proyectos que afectan al Sistema Público de Salud en su conjunto, aspectos regulatorios transversales o que buscan el establecimiento de políticas públicas. Estos ámbitos influyen o inciden en algún elemento (agente o actor) del sistema de salud.

Este esfuerzo se enmarca en poder establecer escenarios plausibles de abordar en las políticas públicas tomado como insumo el trabajo legislativo de parlamentarios y el gobierno. Además, nos permite observar posiciones de interpretación de modelos de sistemas de salud.

Este estudio está basado en los informes de consultoría elaborados por Sebastián Pavlovic en el segundo semestre 2021. El documento ha sido editado por Rosendo Zanga.

Santiago, diciembre de 2021

FIG 1: REVISIÓN AGENDA LEGISLATIVA DE SALUD

Incidencia sobre Elementos del Sistema de Salud

Ámbitos de Análisis

	Sistema Público	Afiliados	Prestadores	Sistema Privado
Reforma Sistema de Salud	<p>Reforma al FONASA, Seguro catastrófico, Enfermedades terminales y buen morir, Plan de Salud Universal, Reconoce a los cuidadores como sujetos de derecho a atención preferente de salud, Muerte gestacional o perinatal, Establece derechos en ámbito de gestación, parto y sanciona violencia Gineco obstétrica, Crea el estatuto de aseguramiento, protección y promoción de la salud mental, Protección de las personas del espectro autista, Discapacidad e hipoacusia, Elimina facultad de ISAPRES de solicitar declaración de Invalidez, Reforma Constitucional para Incompatibilidad entre ser ejecutivo de ISAPRE y otros y tener inversiones en paraísos fiscales.</p>	<p>Establece calidad recíproca de carga familiar entre ambos cónyuges, Derecho a ser informado sobre procedimiento para hacer efectiva la cobertura, Salud Mental, Ley Nacional de Cáncer</p>	<p>Ley de Fármacos II, Acoso Sexual en las atenciones de salud, Cirugía Plástica, Reconocimiento de profesiones de la salud, Regula precios de exámenes y otros, Comparador de Precios de Exámenes, Sanciona a prestadores de salud que atenten contra el derecho a la salud, Regula Establecimientos docente asistenciales, Regula profesiones médicas, Prohíbe informar deudas contraídas para financiar atenciones de salud, Telemedicina.</p>	<p>Reforma Constitucional que consagra Derecho a la Salud</p>
Reformas al Sistema ISAPRE		<p>Modifica ley sobre devolución de excedentes.</p>	<p>Sobre integración vertical</p>	<p>Proyecto de ley de Isapre, Modifica Sistema Privado de Salud, Deroga la Tabla de Factores, Eliminar preexistencias, Relativo a la tabla de factores.</p>
Respuesta COVID 19	<p>Modifica ley de accidentes del trabajo para establecer presunción que enfermedad x COVID 19 es de origen laboral, Extiende Cobertura ley 16.744 a funcionarios de la salud, Establece la necesidad de Protocolos de Seguridad Sanitaria Laboral para el retorno gradual y seguro al trabajo, Tratamiento de datos para el control del COVID 19, Tratamiento de datos por COVID 19, Medidas especiales de protección de funcionarios de la salud, Ensayos Clínicos, Regula ensayos clínicos, Cobro de multas, Venta de anticonceptivos sin receta.</p>	<p>Sobre otorgamiento de Licencias Médicas en estado de excepción x COVID 19, Para exigir que ISAPRES ofrezcan nuevo plan de salud por crisis sanitaria, Licencia médica preventiva parental y teletrabajo, Beneficios para padres, madres y cuidadores de niños o niñas, en las condiciones que indica, Modifica la Ley N°21.247, otorgando prestaciones excepcionales a los trabajadores dependientes, independientes y del sector público, Trabajo a distancia o teletrabajo de la trabajadora embarazada, en casos de alerta sanitaria por causa de epidemia.</p>	<p>Declara de utilidad pública y de interés general de la nación y la salud de la población tratamientos, medicamentos y otros, Prohíbe aumento de precios en caso de alerta sanitaria, Limita rentabilidad de prestadores en caso de epidemia, Habilita a médicos para trabajar en sector público, Receta electrónica, Obliga a establecimientos de salud a informar sobre posibilidad de donar plasma, Regula disposición final de residuos y EPP sanitarios, Para sancionar especulación en estado de catástrofe, Descanso compensatorio y fuero laboral a funcionarios.</p>	<p>Suspende facultad de reajuste de ISAPRES</p>

Fuente: Informe de consultoría “Estudio para la factibilidad legal de instrumentos públicos de regulación”, Sebastián Pavlovic. Superintendencia de Salud, 2021.

Proyectos que regulan aspectos de fondo o de diseño estructural del Sistema de ISAPRE

1. Reformas al Sistema de Isapre
 - 1.1. Proyecto de ley de ISAPRES (8105-11)
 - 1.2. Modifica Sistema Privado de Salud (7955-11)
 - 1.3 Deroga la Tabla de Factores (12146-11)
 - 1.4 Eliminar preexistencias (11572-11, refundido con 6930-11)
 - 1.5 Relativo a la tabla de factores (6894-11)
2. Proyecto relacionado con la Pandemia por COVID 19
 - 2.1.- Suspende facultad de reajuste (13502-11 13503-11 y 13504-11 refundidos) Ley 21.350.
3. Proyecto relacionado con reformas al Sistema de Salud
 - 3.1.- Reforma Constitucional que consagra Derecho a la Salud (13738-07)

1. Reformas al Sistema de Isapre

1.1. Proyecto de ley de Isapre (Boletín 8105-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto originado en Mensaje del presidente de la República, en el año 2011. Actualmente se encuentra en Segundo trámite Constitucional en Comisión de Salud del Senado. Sin tramitación, pero con sucesivas urgencias, paralizaciones, plazos para indicaciones desde el año 2013 hasta el 2019. Última gestión útil en abril de 2020: un comparado como documento de trabajo tras indicación sustitutiva del Ejecutivo de abril de 2019.

b) **CONTENIDO.** Originalmente el proyecto buscaba crear un Plan Garantizado de Salud, tras indicaciones del Ejecutivo pasa a denominarse Plan de Salud Universal. En resumen, propone un plan conformado por el conjunto de prestaciones y servicios de salud en materia hospitalaria, ambulatoria y otros, a que estarán obligadas a cubrir las ISAPRE. A la vez que permite lo que se denomina Beneficios Complementarios que no serán parte del Esquema de Compensación Solidario. Consagra la Libre afiliación al Plan, las personas podrán afiliarse y desafiliarse libremente, una vez al año, en una ventana de tiempo predeterminada, esto, junto a la creación de un Fondo de Compensación de Riesgos, permitiría terminar con la figura de los “cotizantes cautivos”. Crea un Esquema de Compensación Solidario que compensa costos asociados a factores de riesgo tales como sexo, edad o estado

de salud. Considera deducibles, copagos fijos. y un límite máximo de gasto anual por beneficiario. Refuerza fiscalización financiera de las Isapre, en materia de solvencia, garantías y atribuciones a la Superintendencia de Salud.

Busca aumentar la competencia y protección del beneficiario, en materia de oferta, información, calidad y otros aspectos.

Se crea un Consejo Consultivo como un organismo de carácter técnico integrado por representantes del sector público y del sector privado, nombrado por estos, ad honorem, dependiente del Ministerio de Salud, para la elaboración de la propuesta del Plan de Salud. Finalmente, regula una forma de resolver la situación del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL): cada Isapre determinará un porcentaje de la renta imponible, con un máximo de un 2%, que cobrarán a sus afiliados para el financiamiento de las licencias médicas, las que no serán parte del Esquema de Compensación Solidario.

1.2. Modifica Sistema Privado de Salud (Boletín 7955-11)

- a) **DESCRIPCIÓN.** Moción parlamentaria del año 2011. En primer trámite Constitucional en la Comisión de Salud del Senado, alcanzó a tener tramitación e indicaciones, fue archivado en el año 2017, tras haber sido aprobado en general en la Sala y desarchivado el año 2021 a solicitud del Senador Chahuán.
- b) **CONTENIDO.** Se propone aumentar las coberturas mínimas, actualmente en 25%>, a efectos de que ningún beneficio, incluyendo todos los riesgos y las enfermedades de tipo catastrófico puedan excluirse de los planes ni tener una cobertura o bonificación inferior a la 80%. Fin a las discriminaciones por sexo, edad o condición. Se propone obligar a las Isapre a uniformar sus precios, modalidades y condiciones; y el fin de las exclusiones, preexistencias, y no cobertura de las preexistencias. En materia de Licencias Médicas se propone que estas sean un verdadero certificado médico que no pueda ser cuestionado sino ante un tercero imparcial y que este reclamo no suspenda el acceso a los beneficios. También elimina el período de carencia del SIL. Por otra parte, propone Contratos de Salud Indefinidos y de por Vida, Abiertos, Dirigidos y de Amplias Prestaciones. Restricción legal a los Planes Cerrados (nada se dice sobre los planes colectivos actualmente vigentes ni los eventuales planes colectivos futuros). El establecimiento del IPC de la Salud como un indicador de variación de los precios del mercado de la salud que integre valores de las prestaciones, de insumos médicos, de honorarios médicos, de las inversiones en infraestructura sanitaria, en inversión tecnológica, etc. y en base a los cuales se pueda calcular y fundar objetivamente el mayor costo de los planes de salud. Además de algunas normas sobre transparencia y acceso a la Información de Salud.
-

COMENTARIOS¹:

Estos dos proyectos, cada uno en su estilo, buscaron dar cuenta de la interpelación a los poderes colegisladores que el Tribunal Constitucional efectuó en su ya célebre fallo del 2010 que declaró contrarias a la Constitución un conjunto de normas que regulaban la forma de implementar la llamada Tabla de Factores. En dicho Fallo, el TC consideró que la regulación legal no cumplía con los estándares constitucionales y si bien no declaró directamente contraria a la Constitución la Tabla de Factores, sí consideró que su regulación era insuficiente.

En proyecto original del Gobierno durante la Primera Administración del presidente Piñera, pese a haber sorteado el primer trámite constitucional, no logró los consensos necesarios ni aún luego de la indicación sustitutiva presentada durante su segundo Gobierno. La falta de una regulación más integral del Sistema de Aseguramiento que incluyera al FONASA fue, en ocasiones, la última explicación para dilatar su discusión y votación. Luego, pese a haber presentado proyectos de ley en ese sentido, tanto en la Cámara como en el Senado, esto tampoco tuvo efectos concretos.

Con todo, de discutirse una reforma específica a las Isapre en el futuro, es esperable que muchos de los aspectos incluidos en estos proyectos de ley sean la base de lo que eventualmente se discuta y apruebe; es decir, la idea de un Plan de Salud Único o Universal; libre afiliación, coberturas estandarizadas y *stop loss*; separación del financiamiento del SIL, Fondo de Compensación de Riesgos, etc. Cabe recordar que la idea del IPC de la salud, presente en ambos proyectos, fue consagrada, en algún sentido, a través de la ley 21.350.

1.3. Deroga la Tabla de Factores (12146-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto patrocinado transversalmente por todos los Senadores de la Comisión de Salud. El Ejecutivo participó a través del Superintendente de Salud, pero no presentó indicaciones. El proyecto fue aprobado por unanimidad en la Sala del Senado.

b) **CONTENIDO.** De manera muy sencilla y directa simplemente deroga el artículo 199 del DFL N°1, del Ministerio de Salud. Que es la parte que se mantuvo vigente luego de la derogación resulta por el Tribunal Constitucional en su célebre Sentencia N°1710, del año 2010 que derogó las normas que regulaban la tabla de factores, las que habían sido incorporadas a la ley como parte del paquete de reformas de la Reforma a la Salud, durante la administración del Presidente Lagos.

COMENTARIOS:

Este proyecto, pese a su simpleza, encierra enormes complejidades, máxime si se estima que sólo con la derogación del artículo 199 se resuelve el problema de discriminación de precios. Paralelo a esto se ha ido desarrollando una estrategia judicial que busca justamente lograr este mismo objetivo por la vía de sentencias judiciales. Ambos caminos, de no abordarse adecuadamente sus consecuencias y transición hacia un marco regulatorio que supere el problema de la discriminación de precios por factores de riesgo, representan un serio problema de viabilidad para la industria y

¹ Los comentarios son descripciones del experto contratado para la consultoría

arriesga completamente la situación de millones de afiliados al Sistema, en particular aquellos con preexistencias. Sin que el mecanismo de tarificación se reemplace bajo un esquema que incluya un sistema de compensación de riesgos, esta materia, de aprobarse, creará una serie de dilemas políticos, jurídicos y financieros de muy difícil resolución, a modo ejemplar: ¿Qué sucede con los contratos vigentes? ¿Cómo se podría tarificar en el futuro? ¿En qué situación quedarían las preexistencias?

Por lo anterior, pese al evidente amplio respaldo que tiene una medida como esta, lo esperable es que finalmente, se alcance este objetivo solo mediante un proyecto de ley más complejo, que aborde de manera más integral sus derivadas y consecuencias; idealmente en una reforma lo más amplia e integral posible, aunque no es descartable una reforma acotada, al esquema, hasta ahora exitoso, de la ley 21.350.

1.4. Eliminar preexistencias (11572-11, refundido con 6930-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Se trata de dos proyectos de ley, el primero fue ingresado en el año 2010 y el segundo en el año 2018. Ambos contaban con apoyos transversales en la Cámara de Diputados. Con todo, ninguno ha sido tramitado.

b) **CONTENIDO.** El proyecto más antiguo solo busca eliminar las referencias normativas al sexo como elemento para discriminar en precios, pero manteniendo la tabla de factores y regulando los tramos de edad, de hecho, se denomina “Establece eliminación de los cobros que realizan las ISAPRES a las mujeres por concepto de fertilidad”. Por su parte, el proyecto de 2018 es mucho más ambicioso, pues busca eliminar toda referencia a preexistencias estableciendo expresamente una prohibición a las Isapre para “toda discriminación relativa a edad, género, patología u otra similar a cotizantes o beneficiarios”.

COMENTARIOS:

Ambas iniciativas abordan aspectos regulatorios respecto de los cuales hay un amplio consenso técnico y político sobre su urgente necesidad de modificación. Si bien abordan el problema desde ángulos algo diferentes, son complementarios en sus objetivos y armónicos en sus fundamentos. Más que esperar que estos proyectos puedan llegar realmente a prosperar, lo relevante a nuestro juicio aquí es el transversal acuerdo para abordar definitivamente esta debilidad del marco normativo, es así que resulta difícil pensar en una reforma más integral al Sistema que no recoja lo planteado en estas mociones parlamentarias.

1.5. Relativo a la tabla de factores (6894-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto del Senador Chahuán, presentado en el año 2010 ha sido archivado y desarchivado dos veces. No ha sido tramitado.

b) **CONTENIDO.** Al igual que el proyecto descrito en el numeral anterior, este proyecto es una intervención precisa sobre el artículo 199 del DFL N°1, de 2005 del

MINSAL, que busca eliminar la mención no sólo al sexo como factor de riesgo, sino también esta vez a la condición de carga y edad, es decir, todos los posibles factores de riesgo reconocidos en la ley.

COMENTARIOS:

Este proyecto, como los otros, muestra más bien una voluntad de legislar que la posibilidad o estimación real de que se pueda transformar en ley sin más, por todas las complejidades que acarrearía algo así de suceder. Pero parece evidente, por otra parte, que esta idea necesariamente debiera ser reconocida en cualquier reforma futura.

2. Proyecto relacionado con la Pandemia por COVID 19

2.1. Suspende facultad de reajuste (13502-11 13503-11 y 13504-11 refundidos) Ley 21.350.

a) **DESCRIPCIÓN.** Esta ley se precipitó a partir de varias mociones parlamentarias (ingresadas en la Cámara) y de la iniciativa que se dio en la Comisión de Salud del Senado por otra parte, que apuntaban a “desactivar” las alzas de precio anunciadas en marzo del 2020 para el período 2020-2021 por las Isapre. En el 2020 cristalizó un acuerdo para postergar las alzas hasta mayo de 2021. Luego, pese a haberse anunciado un reajuste cero para el periodo siguiente, la preocupación pública y de los propios parlamentarios frente a la aplicación de la inminente alza de precios postergada, se reactiva el proyecto de ley que, habiendo sido aprobado en la Cámara en Primer Trámite, había sido paralizada su tramitación en el Senado. Reactivada esta, junto con suspender definitivamente el alza postergada del año anterior, se declaró que tampoco podría aplicarse alzas para el período 2021-2022 (pese a lo inoficioso del asunto) y, en la expectativa de evitar este mismo debate para el periodo siguiente y zanjar definitivamente el problema del reajuste unilateral de precios, se acordó un texto en el Senado, el que luego sería ratificado en la Cámara de Diputados sin contratiempos.

b) **CONTENIDO.** La fórmula acordada consistió en entregar a la Superintendencia la facultad de establecer, en base a un procedimiento reglado y transparente, indicadores objetivos para aplicar reajustes. En lo grueso, reemplaza el sistema actual de reajuste unilateral anual por un esquema de reajuste regulado en el que la Superintendencia, en el cual se confeccionan indicadores objetivos estableciendo por acto de autoridad un techo máximo para la eventual alza que las Isapre podrán aplicar a los planes individuales. Además, se efectúan algunas adecuaciones pequeñas en el texto legal para disminuir el riesgo de inconsistencias normativas. Elementos fundamentales de la nueva regulación

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un techo para el reajuste.
2. El procedimiento implica un rol técnico de la Superintendencia de Salud a efectos de calcular la variación de la frecuencia de uso experimentada por las prestaciones de salud, la variación del costo en SIL, variaciones en el precio, etc. Se incorpora

también la información que provenga del Sector Público, lo que tiene por objeto básicamente moderar la influencia que tiene el mismo sector privado en materia de incentivos al mayor uso (frecuencia) y, por otra parte, contribuye en ir avanzando a la confección de un indicador más general para todo el sector salud chileno, generando incentivos para el control de costos.

3. Se faculta una regulación técnica del MINSAL suscrita además por el Ministerio de Economía.

4. Durante los primeros días de marzo de cada año, el Superintendente dictará una resolución que deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

5. El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

6. Luego, en el plazo de 15 días, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia.

7. En el evento que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio. Este indicador es válido tanto para Isapre abiertas como Isapre cerradas.

8. Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio cada año, con las excepciones de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año y de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal (colectivos).

Normas adicionales

1) Exigencia para poder reajustar: cumplir la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapre establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como con las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas.

2) Deja sin efecto los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud Previsional en los años 2020 y 2021.

3) Primer indicador. Para evitar que el primer indicador sea reflejo de las diferencias de gasto entre los años 2020 y 2021 (muy anormales por efecto de la pandemia por COVID 19) deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, para el año 2022.

4) La exigencia sobre metas de medicina preventiva entrarán en vigencia a contar del 1° de enero del año 2022.

COMENTARIOS:

Este proyecto viene a resolver un aspecto regulatorio de fondo y crucial para el Sistema, aprovechando la coyuntura sanitaria y el contexto político, logró articularse una propuesta

razonable consistente que permitiera proponer una salida al intrínquilis jurídico en que se ha convertido el problema del reajuste de los precios base de los planes.

Si bien a nuestro juicio el diseño final no es el ideal (por varias razones, entre las que destacamos someramente: la falta de un Plan único sobre el cual aplicar el indicador, el riesgo político² tanto para el funcionamiento del modelo regulatorio como para para la propia autoridad unipersonal, de autonomía relativa y de designación política, de “validar” alzas de precio en un asunto tan controvertido como el de los Planes de Salud); lo cierto es que mostró que era posible (y quizás hasta el único camino posible) ir abordando parcialmente algunos problemas críticos de diseño regulatorio.

3. Proyecto relacionado con reformas al Sistema de Salud

3.1. Reforma Constitucional que consagra Derecho a la Salud (13738-07)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto de Reforma Constitucional patrocinado por cinco Senadores (Girardi, Bianchi, De Urresti, Rincón y Huenchumilla) presentado en agosto de 2020, que busca reemplazar el fraseo de la garantía Constitucional del derecho a la protección de la salud (Art. 19 N° 9 de la CPR). Argumenta que la forma en que está redactado actualmente, “utilizando el lenguaje de los derechos sociales”, solo protege la libertad de elección, consolidando lo que en Chile se denomina el “principio de subsidiariedad”, el que interpretan como “el deber constitucional del Estado de asegurar las condiciones del mercado, no de asegurar derechos sociales”.

Sostienen que la distribución del financiamiento del sistema y su carácter segregado, la selección de riesgo y las diferencias de calidad entre ambos Sistemas son “consecuencia de un diseño institucional creado para aquello: para que la provisión mínima y más gravosa sea de carga de todas y todos, mientras se genera el espacio suficiente para crear un mercado que atienda a quienes tengan los recursos para pagarlo”.

Por lo tanto, plantean una transformación al sistema de Salud chileno que prefigure el Estado que viene, y que por lo tanto se requiere una ruptura del modelo de Estado contenido en la Constitución de 1980. Sostienen que una nueva redacción debe consagrar efectivamente el derecho a la salud que requiere constitucionalizar tres principios: (i) que el sistema se organice de modo de atender a las necesidades de todos y todas; (ii) que sea gratuito en el punto de servicio y (iii) que tenga cobertura universal. Así, la propuesta cuenta de cuatro componentes:

- i. Universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existente –Fonasa, Isapres, FFAA, Seguros sociales contra accidentes del

² Con riesgo político nos referimos a la enorme carga que significa para una autoridad unipersonal y no autónoma como el Superintendente de Salud el permitir y validar alzas de precio. Para evitar el fuerte desincentivo que esta situación significa, por regla general en sistemas de reajuste regulados, los criterios técnicos están previamente establecidos y el reajuste se aplica, en lo posible, fuera del ámbito de discrecionalidad de la autoridad facultada para emitir el acto administrativo que hace efectivo el reajuste.

- trabajo y enfermedades profesionales– en un único esquema de seguro público.
- ii. Unificación de todas las fuentes de financiamiento, incluidos aportes fiscales, las cotizaciones de los trabajadores y empleadores. Apuntando a disminuir progresivamente las cotizaciones ligadas al trabajo a la vez que se aumenta el aporte del Estado vía impuestos generales.
 - iii. Creación de un Plan de Salud Universal con una cobertura integral de prestaciones –incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación–.
 - iv. Transformación de los seguros privados –Isapre–, abandonando el rol sustitutivo que tienen actualmente, para transformarse en seguros con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias.
-

COMENTARIOS:

En los últimos 30 años se han presentado numerosas iniciativas parlamentarias en sentido similar, aunque quizás este es uno de los más desarrollados en materia de diseño propuesto. Con todo, en el mensaje se explicita mucho más que en el texto propuesto las ideas y objetivos. No ha tenido tramitación alguna, pero es posible pensar que en el debate constituyente que hoy presenciamos, el debate avance en ejes conceptuales similares a este.

Proyectos relacionados con los prestadores de salud, precios e integración vertical

1. Reformas al Sistema de Isapre
 - 1.1.- Sobre integración vertical (12798-11, refundido con 10507-11)
2. Proyectos relacionados con la Pandemia por COVID 19
 - 2.1.- Declara de utilidad pública y de interés general de la nación y la salud de la población tratamientos, medicamentos y otros (13638-11).
 - 2.2.- Prohíbe aumento de precios en caso de alerta sanitaria (13303-11).
 - 2.3.- Limita rentabilidad de prestadores en caso de epidemia (13295-11)
 - 2.4.- Habilita a médicos para trabajar en sector público, ley Eunacom (13359-11) Ley 21.274
 - 2.5.- Receta electrónica (13450-11) Ley 21.267
 - 2.6.- Obliga a establecimientos de salud a informar sobre posibilidad de donar plasma (13643-11)
 - 2.7.- Regula disposición final de residuos y EPP sanitarios (13598-11)
 - 2.8.- Para sancionar especulación en estado de catástrofe (13424-07)
 - 2.9.- Descanso compensatorio y fuero laboral a funcionarios (13778-13)
3. Proyectos relacionados con reformas al Sistema de Salud
 - 3.1.- Ley de Fármacos II (9914-11)
 - 3.2.- Acoso Sexual en las atenciones de salud (12527-11)
 - 3.3.- Cirugía Plástica (13043-11 y 13093-11)
 - 3.4.- Reconocimiento de profesiones de la salud (Refundidos: 13817-11; 13818-11; 13838-11; 13821-11; 13806-11)
 - 3.5.- Regula precios de exámenes y otros (13892-11)
 - 3.6.- Comparador de Precios de Exámenes (8039-11)
 - 3.7.- Sanciona a prestadores de salud que atenten contra el derecho a la salud (14160-11)
 - 3.8.- Regula Establecimientos docente asistenciales (14088-11)
 - 3.9.- Regula profesiones médicas (11361-11)
 - 3.10.- Prohíbe informar deudas contraídas para financiar atenciones de salud (14211-11)
 - 3.11.- Telemedicina (13375-11)

1. Reformas al Sistema de Isapre

1.1. Sobre integración vertical (12798-11, refundido con 10507-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto aborda un problema de funcionamiento del Sistema Privado de Salud que desde hace años se ha venido estudiando, tanto por la propia Superintendencia de Salud como por la Fiscalía Nacional Económica, por su potencial impacto en la libre competencia. Esta moción parlamentaria tiene su

origen en la Cámara de Diputados y si bien tuvo patrocinios transversales, no ha sido tramitada. El proyecto de 2019 aunque dice buscar establecer un marco regulatorio de la relación económica entre instituciones de salud previsional y prestadores institucionales de salud y a su vez, entre laboratorios y farmacias; en realidad es armónico con el proyecto de 2016, que directamente declaraba buscar la prohibición de la integración vertical.

b) **CONTENIDO.** El Boletín 12798-11 busca impedir que prestadores y seguros puedan tener propiedad uno sobre el otro y, además, que las ISAPRE no puedan ser controladas por la misma persona, sea natural o jurídica, que controle a su vez una o más instituciones prestadoras de Salud. Además, establece la misma prohibición respecto de farmacias y laboratorios fabricantes de productos farmacéuticos. El Boletín 10507-11 se refiere directamente a los propietarios de Isapre al indicar que éstos, cualquiera sea su porcentaje de participación, no podrán constituir ni participar en empresas relacionadas, filiales o coligadas, que tengan por objeto realizar prestaciones de salud. Luego extiende esta limitación a quienes tengan la calidad de relacionados en los términos definidos en el artículo 100 de la ley 18.045, sin excepciones, y a los contratos de asociación o cuentas en participación y a cualquiera otro que tenga como objetivo percibir parte de las ganancias o utilidades de unas u otras.

COMENTARIOS:

La Información disponible, aunque existente, es relativamente escasa. Parece que en el actual marco regulatorio los eventuales beneficios o ganancias de eficiencia por efecto de la integración vertical, en efecto, no parecen traducirse en beneficios evidentes para los consumidores. Con todo, atendido que existe evidencia nacional (mutuales) e internacional (Kayser-Permanente es la más célebre) que indica que bajo otros supuestos regulatorios este fenómeno económico funciona en salud; pareciera recomendable rediscutir esta problemática buscando los mejores arreglos institucionales desde la realidad existente.

Con todo, y pese a los posibles costos para algunos usuarios y a la falta de evidencia más dura, es probable que regulaciones como las propuestas sean incorporadas en el futuro, atendida la enorme desconfianza y descrédito de que actualmente goza la Integración Vertical en Salud, especialmente ante la opinión pública y principales actores políticos de sectores importantes del arcoíris político.

2. Proyectos relacionados con la Pandemia por COVID 19

2.1. Declara de utilidad pública y de interés general de la nación y la salud de la población tratamientos, medicamentos y otros (13638-11).

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto presentado por representantes de la oposición (Cariola, Mix, Mulet, Torres, Flores, etc.) en julio del 2020; no ha tenido mayor tramitación, pero plantea, a propósito de la Pandemia, la necesidad de declarar como un bien público a los medicamentos. Algo de esta idea también ha sido recogida en el tercer trámite del proyecto denominado ley de fármacos II.

Busca declarar como de utilidad pública, y de interés general de la Nación y la salud de la población, todo tratamiento preventivo y curativo, incluyendo productos farmacéuticos, vacunas, alimentos especiales y elementos de uso médico para el tratamiento y cura de la enfermedad Covid-19. Se contextualiza en el marco de la Pandemia por COVID 19 y en la iniciativa “Solidaridad”, ensayo clínico internacional liderado por OMS para encontrar un tratamiento eficaz contra el coronavirus, y si bien menciona específicamente algunas de las alternativas terapéuticas barajadas hasta ese momento, en su texto no se cierra a ellas. El tema del costo de algunas de ellas también es planteado como argumento central.

b) **CONTENIDO.** Declara todo tratamiento preventivo y curativo, incluyendo productos farmacéuticos, vacunas, alimentos especiales y elementos de uso médico para el tratamiento y cura del coronavirus SARS-CoV-2 o COVID-19, como de interés general de la Nación y la salubridad pública. Su generación, producción, elaboración, distribución, disponibilidad, aplicación y acceso serán considerados de utilidad pública en todo su ámbito y desarrollo.

Además, plantea que la adquisición y provisión de las acciones de salud señaladas se hará de manera prioritaria según lo establecido en el artículo 70 ter del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud (Básicamente rol CENABAST para importar).

COMENTARIOS:

Si bien este proyecto no parece tener mayor impacto directo en costos del Sistema de aseguramiento o de ampliación directa de derechos de los beneficiarios, además de no haber sido finalmente tramitado. Da cuenta de principios, criterios y propuestas que cada cierto tiempo se plantean a la discusión, las que dicen relación con una cierta pretensión de que el acceso a la salud sea garantizado de una manera tal que el costo eventual de ese acceso no recaiga sobre los usuarios y, como contrapartida, se grave a posibles oferentes privados de ese acceso con costos completamente desacoplados de los costos reales de producción.

En este sentido, quizás podría ir configurándose regulaciones de riesgo compartido con la suficiente flexibilidad para tiempos de crisis que permitan distribuir los costos del sistema, tanto los ordinarios como los extraordinarios, entre el máximo de actores posible, de manera de socializar efectivamente los riesgos al interior del Sistema y servir de contención para la incertidumbre, tanto la usual del sistema, como aquella que está asociada a eventos extraordinarios.

2.2. Prohíbe aumento de precios en caso de alerta sanitaria (13303-11).

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto, originalmente patrocinado transversalmente (Más tarde el Diputado Gahona, de la UDI, retiraría su patrocinio), fue aprobado en primer trámite por la Cámara de Diputados en dos días, en marzo del 2020. En el Senado no ha tenido mayor tramitación.

b) **CONTENIDO.** El proyecto se origina en el explosivo aumento de precios que sufrieron algunos productos sanitarios con motivo del súbito aumento de demanda de ellos a comienzos de la Pandemia por COVID 19. Buscaba establecer en el Código Sanitario una prohibición, en el caso de una epidemia o pandemia y cuando la autoridad sanitaria respectiva haya declarado alerta sanitaria, aumentar los precios de los productos farmacéuticos, productos alimenticios y dispositivos de uso médico que sirvan para la prevención y el tratamiento de enfermedades relacionadas con dicha alerta, epidemia o pandemia, como asimismo de los productos que sirvan para prevenir de forma directa o indirecta la alerta sanitaria o pandemia, y de los que cumplan funciones de higiene personal, domiciliaria o ambientales.

COMENTARIOS:

Esta iniciativa buscaba proteger a la población de las consecuencias de posibles conductas especulativas y abusivas que se dan en el mercado cuando situaciones de catástrofe, como una Pandemia, generan un aumento no previsto de la demanda y/o dificultades en la cadena de suministro. Este proyecto, a priori, aun en el hipotético caso que continuara su tramitación, no debiera impactar en costos del sistema de aseguramiento o en aumento de beneficios o derechos de los afiliados a ISAPRE.

2.3. Limita rentabilidad de prestadores en caso de epidemia (13295-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto, esta vez originado en el Senado, fue aprobado en seis días, y su apoyo y patrocinio también fue transversal (Goic, Quinteros, Girardi y Chahuán). En la Cámara no ha tenido tramitación.

b) **CONTENIDO.** El proyecto, a propósito de la Pandemia, busca anclar los precios en el sector privado prestador al arancel FONASA MLE “para todas las prestaciones, incluyendo exámenes, insumos y medicamentos, relacionados con la declaración de epidemia, pandemia o brote según corresponda, mediante un decreto de alerta sanitaria.” Regula la situación en caso que no haya arancel y, además, deja sin efecto cualquier cláusula que exista en seguros de salud destinada a excluir cobertura en caso de Pandemia.

COMENTARIOS:

También originado en la vorágine inicial de comienzos de la Pandemia, buscaba evitar especulación en precios a nivel de los prestadores de salud; esta idea de fijar precios o establecer regulaciones más o menos intensas a los precios en prestadores privados de salud ha sido puesta en la mesa desde hace varios años, este proyecto representa el primer esfuerzo de estos que logra sortear un trámite legislativo. Y aun cuando su justificación está asociada a los comienzos de la Pandemia, por iniciativas similares en trámite, tanto en la discusión del proyecto de ley de fármacos II como en la presentación de otros proyectos de ley sobre estas mismas materias, resulta evidente que esta idea llegó para quedarse en la discusión y, aunque no avance, volverá a ponerse en la mesa

periódicamente y, eventualmente, cada vez con mas fuerza, en la medida que no se resuelvan aspectos estructurales de la protección financiera en salud.

2.4. Habilita a médicos para trabajar en sector público, ley Eunacom (13359-11) Ley 21.274

- a) **DESCRIPCIÓN.** Esta ley, originada en moción parlamentaria y que contó con el patrocinio del Ejecutivo, fue aprobada en seis meses de tramitación. Estableció que los médicos cirujanos que hayan obtenido su especialidad aun cuando no la hayan demostrado a través del sistema de certificación vigente, la puedan ejercer sin problemas en el sector público por dos años desde la publicación de la ley.
 - b) **CONTENIDO.** Además de lo anterior, y lo que es aún más importante, los exime del requisito de aprobar el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina por los mismos dos años. Transcurrido ese plazo, para continuar ejerciendo, deberán obtener la certificación de su especialidad o subespecialidad. Asimismo, encomienda a la Superintendencia de Salud implementar un registro público especial, en el Registro Nacional de Prestadores Individuales. Finalmente, permite la misma habilitación temporal a los médicos cirujanos que hayan obtenido su especialidad en centros de formación universitaria y que no hayan reprobado los exámenes en procesos de calificación anteriores rendidos ante la CONACEM.
-

COMENTARIOS:

Esta ley no representa un impacto en el sector privado, aunque mantiene una contradicción difícil de justificar y de consecuencias jurídicas complejas, toda vez que plantea una suerte de ejercicio legal de la profesión solo en el sector público y, en consecuencia, cualquier actividad fuera del sector público para los mismos profesionales podría ser considerado ejercicio ilegal de la profesión. Lo que parece evidentemente absurdo. Este absurdo ya había sido resuelto por la Corte de Apelaciones de Santiago, al resolver un recurso de protección en contra de un dictamen de Contraloría General de la República que aplicaba este criterio (ver dictamen N°18.171/05-VII-2019, que recoge la nueva doctrina). Lo curioso es que el legislador, a través de esta ley, vuelve a insistir en esa idea.

2.5. Receta electrónica (13450-11) Ley 21.267

- a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto originado en moción transversal (Goic, Girardi, Quinteros, Ebensperger, Chahuan), en menos de seis meses de tramitación, logró el patrocinio del Ejecutivo y una aprobación transversal.
 - b) **CONTENIDO.** El proyecto básicamente busca que en caso de decretarse una alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia y durante la vigencia de ésta, los productos farmacéuticos puedan ser expendidos simplemente mostrando una copia de la receta médica que los prescriba, ya sea en formato físico o digital, en cualquiera de sus formas, además de extender su vigencia y sancionar el mal uso cuando corresponda.
-

COMENTARIOS:

Esta ley no tiene mayor impacto en el Sistema de Isapre, ni tampoco en mayores derechos de los beneficiarios. Sin perjuicio de esto, cualquier normativa que tienda a desincentivar el uso de la consulta médica -en particular la consulta de especialidad- eventualmente podría servir como un instrumento, aunque limitado, de contención de costos.

2.6. Obliga a establecimientos de salud a informar sobre posibilidad de donar plasma (13643-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto originado en la Cámara de Diputados, patrocinado transversalmente (Castro, Torres, Bellolio, etc.) y que no ha tenido ninguna tramitación.

b) **CONTENIDO.** La propuesta pretendía obligar a los establecimientos de salud a informar a pacientes recuperados de COVID 19 sobre la posibilidad de donar plasma para un estudio de investigación en curso.

COMENTARIOS:

Pareciendo evidente que esta propuesta no era realmente materia de ley, no tuvo mayor repercusión. Esta ley no tiene mayor impacto en el Sistema de Isapre, ni tampoco en mayores derechos de los beneficiarios.

2.7. Regula disposición final de residuos y EPP sanitarios (13598-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción parlamentaria apoyada transversalmente, y también apoyada por el Ejecutivo, que le ha otorgado urgencia simple desde noviembre de 2020. Con todo, y pese a haber sido puesta en tabla en algunas ocasiones, está sin movimiento actualmente. Mantiene su urgencia simple.

b) **CONTENIDO.** Busca prohibir que se arroje “en la vía pública, en bienes de uso público, en sitios eriazos y en lugares de acceso al público, elementos de seguridad o protección sanitaria como mascarillas o guantes quirúrgicos”.

COMENTARIOS:

Si bien son materias que podrían entenderse que ya están reguladas por el Código Sanitario o por ordenanzas municipales, ha sido de interés de parlamentarios y el Ejecutivo darle impulso a este proyecto, al menos en teoría, toda vez que, pese a las urgencias establecidas sucesivamente, el proyecto lleva varios meses sin ser puesto en tabla ni discutido.

2.8. Para sancionar especulación en estado de catástrofe (13424-07)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversal (Gutierrez, Fuenzalida, Walker, etc.) presentada en abril de 2020 y aprobada por la Cámara de Diputados en septiembre del mismo año. Busca modificar la ley sobre sismos y catástrofes (ley Nº 16.282), originalmente buscaba modificar la Ley sobre Estados de Excepción Constitucional.

b) **CONTENIDO.** La iniciativa busca profundizar aspectos que en algún sentido ya estaban en la ley vigente, relacionados con la especulación de precios y desabastecimiento en situaciones de catástrofe, haciéndolo aplicable a situaciones de Pandemia.

COMENTARIOS:

Si bien la situación ha evolucionado de manera de no parecer urgente seguir avanzando en este proyecto, su rápido paso por el primer trámite constitucional da cuenta de una inquietud que puede volver a resurgir en cualquier momento. Por un lado, la percepción de que nuestra legislación vigente está de alguna manera obsoleta o, cuando menos, atrasada para enfrentar desafíos como los que la Pandemia ha significado y, por otra parte, una desconfianza creciente hacia la capacidad de las reglas del mercado de proteger a la población frente a situaciones de crisis.

Este proyecto no tiene impacto en el Sistema de Isapre, eso es evidente, pero si lo miramos a la luz de la intensa actividad legislativa originada en la Pandemia por COVID 19, asoma con fuerza y transversalmente, la buena disposición de los legisladores a revisar severamente las reglas del orden público económico para, al menos, la manera en que se enfrentan situaciones de crisis.

2.9. Descanso compensatorio y fuero laboral a funcionarios (13778-13)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción parlamentaria liderada por la oposición ha tenido una intensa tramitación tanto en la Cámara de Diputados primero, como luego en el Senado. El Ejecutivo ha participado con reticencias, pero dado que logró amplio apoyo transversal en la Sala y también, hasta ahora, en el Senado. Es esperable su aprobación también, al menos “en general” en la Sala del Senado. Ya cuenta con el primer informe de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Senado en el segundo trámite legislativo.

b) **CONTENIDO.** El objetivo principal de esta iniciativa es proteger a los funcionarios de la salud que han enfrentado la Pandemia, sector público y privado, otorgando fuero laboral hasta un año después del término de la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe por calamidad pública por Pandemia. Además, establece derecho a un descanso compensatorio para los funcionarios y trabajadoras de catorce días hábiles, con goce de remuneraciones y compatible con los feriados legales correspondientes. Adicionalmente establece que los días de licencia por COVID 19 no se computaran para el cálculo de salud incompatible y, además, que se entenderá que, a todo evento, el COVID 19 será considerado enfermedad laboral para estos mismos trabajadores.

COMENTARIOS:

Este proyecto puede llegar a tener un enorme impacto financiero y presupuestario tanto en el sector público como en el privado. Si bien a primera vista sólo parece afectar a los prestadores públicos o privados, por otra parte, puede significar para el significar una rigidez importante para readecuar la Red a la “post pandemia” puesto que el enfrentamiento de la Pandemia significó contratar nuevo personal de emergencia, el cual eventualmente debiera seguir contratado hasta un año después de la vigencia del estado de excepción constitucional. Este mayor costo en el sector público eventualmente podría ser absorbido por aporte fiscal (no entraremos en el análisis sobre la admisibilidad de esta iniciativa de gasto a la luz de la constitución vigente); en el sector privado no está para nada claro que impacto podría implicar ni la forma de abordarlo. Por otra parte, de avanzar la idea que el COVID 19 sea siempre considerada enfermedad laboral para el personal de salud, si bien es un criterio que existe desde la Pandemia por H1N1, eventualmente podría significar un traslado de costos desde el sistema de salud común al sistema de salud de las mutualidades.

3. Proyectos relacionados con reformas al Sistema de Salud

3.1. Ley de Fármacos II (9914-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa originada en el Senado y patrocinada transversalmente. Es quizás uno de los proyectos mas largamente tramitados y que sigue en discusión. Fue presentado en el año 2015 y actualmente está en su tercer trámite constitucional en comisión mixta, la que lleva más de un año y medio funcionando intermitentemente, y paralizada desde hace casi dos meses. Se le ha concedido urgencia simple, suma y discusión inmediata en dos gobiernos distintos y ha tenido indicaciones también en ambos gobiernos.

b) **CONTENIDO.** Originalmente fue un proyecto relativamente sencillo, que abordaba aspectos de integración vertical entre farmacias y laboratorios, dispensación, bioequivalencia y algo de venta directa. Con los años y sucesivas indicaciones se ha complejizado sustancialmente, abordando temas patentarios, prescripción por denominación común internacional, etc. Actualmente su tramitación en la Comisión Mixta se encuentra trabada en regulación de precios, materia en la cual se alcanzó a avanzar con el Gobierno hasta la fijación de tarifas de dispensación, faltando por acordar/discutir, la posibilidad de fijar precios en toda la cadena productiva. También resta definir finalmente los aspectos relacionados con integración vertical.

COMENTARIOS:

Este proyecto no tiene, en su origen, impacto en materia de aseguramiento; sin perjuicio de lo cual, tanto la eventual fijación de precios como la posibilidad de avanzar en cobertura de medicamentos ambulatorios por parte de los seguros privados ha rondado toda la discusión durante los últimos años. A nuestro juicio si, finalmente, este proyecto avanza y no plantea nada sobre cobertura de medicamentos por parte de los seguros, ese será el siguiente paso. (un documento fundamental en

todo este debate y que refuerza esta opinión es el informe de la Fiscalía Nacional Económica al respecto).

3.2. Acoso Sexual en las atenciones de salud (12527-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa de carácter transversal (Quinteros, Girardi, Goic, Van Rysselberghe, Chahuán), tuvo una rápida tramitación en el Senado, en 5 meses sorteó su primer trámite constitucional, en la Cámara de Diputados fue enviada a la Comisión de Mujeres y Equidad de Género.

b) **CONTENIDO.** La iniciativa busca modificar la ley conocida como ley de derechos y deberes de los pacientes describiendo el acoso sexual en contra de un paciente, la necesidad de un protocolo interno y procedimientos de investigación y sanción. Por primera vez quedaría establecido que el Ministerio de Salud podrá objetar un protocolo interno que haya elaborado y dictado un prestador institucional si aquél no cumple con los requisitos que la ley o el reglamento señalen. Por último, hace depender la acreditación institucional, del cumplimiento de la obligación de dictar el protocolo por parte de los prestadores institucionales. El proyecto también se pone en el caso que sea el paciente el que acose sexualmente, permitiendo el alta disciplinaria.

COMENTARIOS:

Esta ley no tiene mayor impacto en el Sistema de Isapre, ni tampoco en mayores derechos de los beneficiarios, en tanto tales.

3.3. Cirugía Plástica (13043-11 y 13093-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Mociones apoyadas transversalmente y que han contado con apoyo del Gobierno, el que incluso presentó una indicación sustitutiva. Ha avanzado en su tramitación y recientemente fueron refundidos para su tramitación conjunta.

b) **CONTENIDO.** A partir del texto propuesto por el Ejecutivo, que es sin duda sobre el cual se va a discutir en lo sucesivo. El objetivo de esta iniciativa es regular la práctica de la cirugía estética, rama que en general ha sido dejada de lado por toda la regulación existente; las incorpora a la lógica de la certificación de especialidades y establece algunas regulaciones adicionales.

COMENTARIOS:

Esta ley no tiene mayor impacto en el Sistema de Isapre, ni tampoco en mayores derechos de los beneficiarios, en tanto tales.

3.4. Reconocimiento de profesiones de la salud (Refundidos: 13817-11; 13818-11; 13838-11; 13821-11; 13806-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Esta iniciativa ha implicado refundir cinco mociones parlamentarias; logrando patrocinio e indicaciones del Ejecutivo y su avance en

primer trámite constitucional (Aprobado en general por la Sala de la Cámara de Diputados).

b) **CONTENIDO.** El proyecto busca modificar el Código Sanitario para regular las profesiones del área de la salud tratando de superar el esquema algo piramidal y paternalista tradicional que veía en el médico al jefe del equipo de salud con profesiones y actividades “afines”. Incorpora un amplio listado, algunos de los cuales ya están reconocidos en el Código Sanitario, otros llevan años intentando este reconocimiento: “médico cirujano o médica cirujana, cirujano dentista o cirujana dentista, químico farmacéutico o química farmacéutica, enfermero o enfermera, matrn o matrona, kinesiólogo o kinesióloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo o psicóloga, bioquímico o bioquímica, fonoaudiólogo o fonoaudióloga, tecnólogo médico o tecnóloga médica, trabajador social o trabajadora social, psicopedagogo o psicopedagoga, médico veterinario o médica veterinaria”. Luego permite al reglamento determinar otras. Además, indica que formarán parte de los equipos de salud los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior, Técnicos de Enfermería de Nivel Medio y otros Técnicos de la Salud reglamentados por el Ministerio de Salud, en sus diferentes especialidades. Finalmente establece quienes podrán ejercer actividades auxiliares (técnicos paramédicos o técnicas paramédicas, auxiliar paramédico o auxiliar paramédica, técnicos o técnicas en odontología, laboratorista dental, optometrista, contactólogo o contactóloga, podólogo o podóloga, acupunturistas y demás personas que cuenten con autorización de la autoridad sanitaria). También define la acupuntura.

COMENTARIOS:

A primera vista esto no debiera tener un impacto en el Sistema de Aseguramiento. Con todo, la regulación de las profesiones del área de la salud y el eventual cumplimiento de nuevos estándares podría, indirectamente, tener algún impacto en los costos de los prestadores de salud (vgr.: exigiendo formación universitaria a actividades que hoy no se exige). Con todo, este impacto resulta difícil de cuantificar y por su probable implementación paulatina, será difícil de aislar. Un ejemplo de esto es todo el sistema de acreditación y certificación de especialidades, respecto del cual nunca se ha hecho un estudio de impacto real de los costos que significó para el Sistema de Salud.

3.5. Regula precios de exámenes y otros (13892-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa transversal surgida en la Comisión de Salud del Senado, ha tenido indicaciones del Ejecutivo y despertado mucho interés en su avance por parte de prestadores de salud.

b) **CONTENIDO.** Originalmente el proyecto proponía anclar el precio de las prestaciones de salud en el sector privado al arancel FONASA Modalidad Institucional y avanzar en transparencia de precios. Con la indicación presentada por el Ejecutivo, las materias a abordar van desde más transparencia en los precios,

comparador de coberturas, regulación de la hospitalización de urgencia, establecimiento de un precio referencial y promoción de mecanismos de pago eficiente.

COMENTARIOS:

Este proyecto, tal como ha ido evolucionando, podría tener un importante impacto en la forma en que el sistema privado de salud funciona, aunque es difícil prever si aumentará o disminuirá costos. Al mejorar la transparencia y avanzar en la incorporación de mecanismos de pago más eficientes podría generar incentivos saludables en la industria que contengan en parte la presión inflacionaria que hoy tiene al sistema en una encrucijada crítica de aumento de costos (tanto en el sector público como en el privado).

3.6. Comparador de Precios de Exámenes (8039-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto es del año 2011, fue patrocinado transversalmente y al no tener tramitación se archivó. Este año se desarchivó a petición del Senador Chahuán.

b) **CONTENIDO.** Es un proyecto sencillo, de un único artículo que buscaba obligar a los prestadores institucionales de salud a tener disponible un comparador de precios. Esta idea está recogida de manera algo distinta en las indicaciones del Ejecutivo al proyecto sobre regulación de precios ya revisado.

COMENTARIOS:

El estado del arte en esta materia hace difícil que este proyecto avance en los términos planteados, aunque tiene el mérito de haber planteado hace casi una década la necesidad de avanzar en transparencia de precios a nivel de prestadores de salud.

3.7. Sanciona a prestadores de salud que atenten contra el derecho a la salud (14160-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Esta iniciativa también surge en la Comisión de Salud del Senado y cuenta con apoyo transversal (Girardi, Quinteros, Chahuán y Goic). Ha tenido tramitación en la Comisión, pero aún no se evacúa un informe.

b) **CONTENIDO.** El mensaje que acompaña a la moción es claro: sancionar penalmente a los prestadores de salud privado a través de sus dueños, controladores, responsables, ejecutivos principales, representantes o quienes realicen actividades de administración y supervisión, por negar o condicionar la atención de salud de urgencia o ambulatoria a la exigencia de presentar una garantía de pago, tales como pagarés, cheques, dinero en efectivo o tarjetas de crédito o débito a los pacientes.

COMENTARIOS:

Este proyecto, mas allá de las complejidades que encierra, y a algunos aspectos deficitarios de su técnica legislativa, no afecta al sistema de aseguramiento de manera directa. Con todo, la idea recurrente en esta materia, de abrir la atención de las personas en situaciones de urgencia casi sin restricciones puede implicar conflictos entre prestadores de salud y seguros, y también entre éstos y los usuarios. Sin una regulación adecuada, la espiral de costos se dispara, un buen ejemplo de esto, es el creciente gasto por la llamada ley de urgencia para el FONASA en la última década.

3.8. Regula Establecimientos docente asistenciales (14088-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversalmente suscrita en la Comisión de Salud del Senado. Aunque para su tramitación requiere de patrocinio del Ejecutivo. Ha sido puesto en tabla, pero no se ha avanzado mayormente en su tramitación.

b) **CONTENIDO.** En resumen, busca ordenar la regulación aplicable, tratando de equilibrar calidad, objetivos sanitarios y cierta equidad en la distribución de los recursos.

COMENTARIOS:

Este proyecto surge de la percepción que la distribución de campos clínicos no ha logrado ordenarse con los años, pese a los sucesivos esfuerzos en ese sentido de casi todas las administraciones de las últimas dos décadas. Lo precedió un trabajo previo con representantes de casas de estudios superiores. Pero atendidas las limitaciones de la iniciativa parlamentaria, es un proyecto que, si no es tomado por el Ejecutivo, no tiene ninguna posibilidad de prosperar.

3.9. Regula profesiones médicas (11361-11, refundido con el 9260-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Este proyecto, que refunde dos mociones parlamentarias, ha contado con cierto patrocinio del Ejecutivo, ya cuenta con un primer informe de la Comisión de Salud del Senado y está a la espera de su votación en general en la Sala.

b) **CONTENIDO.** Esta iniciativa busca el reconocimiento en el Código Sanitario de algunas profesiones de la salud que no están explicitadas, en la línea que ya se ha planteado desde hace años por parte de distintas profesiones que fueron logrando este reconocimiento.

COMENTARIOS:

Este proyecto tiene objetivos similares a los descritos en el 3.4 anterior, no se puede refundir con ellos porque están en Salas distintas, y cuando lleguen a estar tampoco se podrá, porque están en tramites distintos. Independiente de eso, el propio Ejecutivo ha enviado indicaciones al proyecto que se tramita en la Cámara, por lo que es probable que sea ese finalmente el que avance, en caso que se logre algún tipo de acuerdo que incluya también a los gremios.

3.10. Prohíbe informar deudas contraídas para financiar atenciones de salud (14211-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción ingresada en este año, cuenta con el patrocinio de los Senadores de oposición de la Comisión de Salud. Ha sido puesto en tabla, pero no ha logrado avances significativos aún.

b) **CONTENIDO.** Esta iniciativa busca básicamente lograr que, dentro de la ley de protección de datos personales, se proteja la información financiera de las personas por deudas contraídas en el marco de atenciones de salud (en el proyecto además de incluyen deudas de otro origen, como las universitarias).

COMENTARIOS:

Si bien este proyecto pareciera referirse solo a deudas con prestadores, el texto sugiere la idea de ampliarlo a “empresas relacionadas” y se refiere a deudas contraídas en el marco de una atención o acción de salud ambulatoria o de emergencia sean estas consultas, procedimientos, exámenes, programas, cirugías u operaciones. Por lo que perfectamente podría incluir copagos. Si bien no implica condonaciones ni mayores beneficios, es un proyecto que habrá que mirar cómo evoluciona.

3.11. Telemedicina (13375-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa liderada por los miembros de la Comisión de Salud del Senado, ha contado con la intervención y apoyo del Gobierno y ha sorteado con éxito su primer trámite legislativo

b) **CONTENIDO.** Busca modificar la llamada ley de derechos del paciente incorporando una serie de regulaciones para la incorporación de la atención a distancia o telemedicina a dicha ley, vinculadas a seguridad de la atención, consentimiento, información, resguardo de los datos de salud, etc.

COMENTARIOS:

Si bien no representa costos directos nuevos al Sistema ni nuevos beneficios o derechos, la adecuada regulación de esta materia es clave, por su impacto en la inducción de demanda, acceso a prestaciones bonificadas, obtención de beneficios de la seguridad social como licencias, etc.

Proyectos que buscan aumentar beneficios de afiliados

1. **Reformas al Sistema de Isapre**
 - 1.1 Modifica ley 21.173 sobre devolución de excedentes (13509-11)
2. **COVID 19**
 - 2.1 Sobre otorgamiento de Licencias Médicas en estado de excepción x COVID 19 (13507-13)
 - 2.2 Para exigir que las Isapre ofrezcan nuevo plan de salud por crisis sanitaria (13618-11).
 - 2.3 Licencia médica preventiva parental y teletrabajo (14171-13)
 - 2.4 Beneficios para padres, madres y cuidadores de niños o niñas, en las condiciones que indica (13611-13) Ley 21.247
 - 2.5 Modifica la Ley N°21.247, otorgando prestaciones excepcionales a los trabajadores dependientes, independientes y del sector público (14260-13) Ley 21.351
 - 2.6 Trabajo a distancia o teletrabajo de la trabajadora embarazada, en casos de alerta sanitaria por causa de epidemia (13553-13) Ley 21.260.
3. **Sistema de Salud**
 - 3.1 Establece calidad recíproca de carga familiar entre ambos cónyuges (11294-11).
 - 3.2 Derecho a ser informado sobre procedimiento para hacer efectiva la cobertura (9536-11)
 - 3.3 Salud Mental (10563-11) Ley 21.331
 - 3.4 Ley Nacional de Cáncer (12292-11) Ley 21.258

1. Reformas al Sistema de Isapre

1.1 Modifica ley 21.173 sobre devolución de excedentes (13509-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción suscrita transversalmente en la Cámara de Diputados y presentada en abril de 2020. No tuvo tramitación.

b) **CONTENIDO.** Esta iniciativa buscaba acelerar la devolución de excedentes que ya había sido consagrada en la ley N° 21.173, ahora, con motivo de la pandemia por COVID 19, para que esta devolución fuese semestral y no anual, al menos para el año 2020.

COMENTARIOS:

Esta iniciativa profundiza y consagra el convencimiento de los parlamentarios, al menos los de este período legislativo, que existe una especie de propiedad sobre la cotización obligatoria para salud; esta idea se comenzó a plasmar con fuerza a partir de la ley 20.317, del año 2009, que incorporó la idea de propiedad individual sobre los excedentes. Esta forma de entender los excedentes pugna

de manera frontal con la noción madurada que las cotizaciones obligatorias son para la seguridad social; sin perjuicio de ello, el apoyo a estas iniciativas ha sido transversal casi desde un principio.

2. COVID 19

2.1 Sobre otorgamiento de Licencias Médicas en estado de excepción x COVID 19 (13507-13)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción suscrita transversalmente en la Cámara de Diputados y presentada en marzo de 2020. No ha tenido tramitación.

b) **CONTENIDO.** Esta iniciativa buscaba resolver el problema de las licencias médicas de carácter preventivo o que servían para implementar las medidas de aislamiento obligatorio decretado por la Autoridad Sanitaria destinada a proteger a trabajadores con diagnóstico confirmado y trabajadores que se encuentren a la espera de este.

COMENTARIOS:

Si bien este proyecto no se tramitó, mediante instrucciones ministeriales y otras leyes se cumplió el mismo objetivo.

2.2 Para exigir que las ISAPRE ofrezcan nuevo plan de salud por crisis sanitaria (13618-11).

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción suscrita exclusivamente por parlamentarios oficialistas, no ha tenido tramitación.

b) **CONTENIDO.** Esta iniciativa buscaba generar una nueva hipótesis en la que las Isapre estarían obligadas a ofrecer un plan de salud distinto a un afiliado vigente, básicamente para permitirles a las personas optar por un plan mas económico en momentos de crisis provocadas por una Pandemia o cuando por “disposición de la autoridad respectiva requiera largos períodos de cuarentena”.

COMENTARIOS:

Este proyecto no fue recibido con mucho entusiasmo, en una época en que lo importante era congelar precios y evitar desafiliaciones por no pago, no parecía ir al fondo del asunto. Si bien no es un asunto muy complejo ni necesariamente inviable, se asocia a una idea que sí puede tener consecuencias más estructurales o cuya normativa forma parte del andamiaje estructural del Sistema, y esto es la facultad que tienen las Isapre de admitir a un afiliado, o bien aceptar un cambio de plan vs/ el riesgo moral y el arbitraje. Todo el debate actual va mas bien en la lógica de restringir esta facultad de las compañías.

2.3 Licencia médica preventiva parental y teletrabajo (14171-13)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa de diputados y diputadas de oposición presentada en marzo de 2021. En la Cámara de Diputados originalmente fue declarada inadmisibles, definición que fue revertida en Sala. Al pasar al Senado, se rechazó por considerarla inadmisibles. Ha tenido una compleja tramitación. El Ejecutivo ha debido participar y ha efectuado indicaciones, al tiempo que también ha hecho “reserva de constitucionalidad” (básicamente ha avisado que si se aprueba intentará impugnarla en el Tribunal Constitucional). Actualmente se encuentra en tercer trámite constitucional, en Comisión Mixta, a la espera de su Informe. En la Cámara de Diputados fue aprobado con voto favorable de 131 diputados, de un total de 154 diputados en ejercicio.

b) **CONTENIDO.** El proyecto busca modificar las leyes N°21.247 y N°21.260, para regular los criterios de los beneficios que otorgan sobre licencia médica preventiva parental y teletrabajo. Busca que los trabajadores que se encuentren haciendo uso del permiso postnatal parental, y cuyo término ocurra durante la vigencia de la alerta sanitaria generada por el Covid-19, se les extienda la licencia médica preventiva parental por un período de 30 días, renovables por un máximo de cinco veces, por el mismo plazo, en tanto se mantenga la alerta sanitaria por COVID 19. También se modifica el Código del Trabajo para que en situación de epidemia o pandemia y mientras dure el estado de alerta sanitaria, el empleador ofrezca a la trabajadora, durante el tiempo que dure la alerta sanitaria, la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo, sin reducción de remuneraciones, en la medida que la naturaleza de sus funciones lo permita y la trabajadora consienta en ello. Finalmente, establece que las trabajadoras que se encuentren con fuero maternal y cuyo término ocurra durante la vigencia de la alerta sanitaria por el COVID- 19 o en el tiempo que ésta sea prorrogada, tendrán derecho a una extensión de dicho fuero hasta el término de la mencionada alerta sanitaria.

Aplica a todos los trabajadores que al momento de la publicación de la ley ya hubiesen hecho uso de la licencia por el máximo de renovaciones que, permitido, también usar las renovaciones adicionales que se establecen.

COMENTARIOS:

Este proyecto, pese al transversal apoyo logrado en la Cámara de Diputados, tiene la dificultad fundamental de invadir materias que son tradicionalmente consideradas de iniciativa del Presidente de la República (seguridad social y gasto público). Si se llega a aprobar, extiende de una manera cuasi ilimitada el acceso a un beneficio de la seguridad social que no era de cargo de las Isapre hasta antes de la Pandemia, cual es el subsidio maternal/paternal, que era de cargo Fiscal a través del Fondo Único de Prestaciones Familiares. La preferencia por la voz “alerta Sanitaria” en vez de Estado de Excepción Constitucional no es baladí, puesto que con seguridad la alerta sanitaria puede extenderse indefinidamente en el tiempo muchísimo mas allá del Estado de Excepción.

2.4 Beneficios para padres, madres y cuidadores de niños o niñas, en las condiciones que indica (13611-13) Ley 21.247

a) **DESCRIPCIÓN.** Ley originada en Mensaje del Ejecutivo. En menos de un mes fue aprobado como ley de la República. Fue parte del paquete de medidas propuestas para enfrentar los primeros meses de la Pandemia.

b) **CONTENIDO.** El contenido del proyecto de ley apunta a varias medidas de protección social en tiempos de Pandemia, entre ellos permitir a los trabajadores afiliados al Seguro de Desempleo que se encuentren haciendo uso del postnatal parental y cuyo permiso terminaba y siempre que las salas cunas no estuvieran en funcionamiento, suspender el contrato de trabajo y recibir el subsidio con piso mínimo de \$300.000.

El financiamiento provenía del Seguro de Cesantía y, en segunda instancia, del Fondo Solidario de Cesantía, y el último término del Fondo de Prestaciones Únicas Familiares y Subsidios de Cesantía. Luego, entre otras cosas, además, permitió a las mujeres que se encontraban gozando del fuero maternal pudieran acceder a los beneficios de la ley N° 21.227 (que es la ley que se aprobó casi a comienzos de la Pandemia para efectos de aplicar el seguro de desempleo a esta situación excepcional).

COMENTARIOS:

Por el carácter de emergencia de la agenda de protección social acordada entre el Ejecutivo y el Legislativo el impacto principal sobre el Sistema de Isapre ha sido la extensión del subsidio de maternidad, el que, en su extensión, dejó de ser financiado por el Fondo Único de Prestaciones Familiares, pasando a ser financiado con las cotizaciones previsionales de los propios afiliados a Isapre. Lo complejo de esta medida es la sobrecarga económica de este gasto asociada específicamente a las mujeres, gravando las cotizaciones de los afiliados al Sistema con una medida que es propia de la seguridad social. La extensión de esta medida, así como la eventualidad de que deje de ser algo extraordinario puede significar un costo muy importante para el Sistema, máxime si, además, expresamente la ley indicó que “las Instituciones de Salud Previsional no podrán considerar para la revisión del precio base de los planes de salud los costos derivados de la licencia médica preventiva parental regulada por esta ley”.

2.5 Modifica la Ley N°21.247, otorgando prestaciones excepcionales a los trabajadores dependientes, independientes y del sector público (14260-13) Ley 21.351

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje del Ejecutivo que se transformó en ley en casi dos semanas (20 de mayo del 2021 ingresó, el oficio ley salió del Congreso el 05 de junio de 2021).

b) **CONTENIDO.** Básicamente extender la aplicación de las medidas consagradas en la ley 21.247 durante la extensión del estado de excepción constitucional; incluyendo posibilidad de suspensión, subsidios y bonos especiales.

COMENTARIOS:

Nos remitimos a los comentarios anteriores.

2.6 Trabajo a distancia o teletrabajo de la trabajadora embarazada, en casos de alerta sanitaria por causa de epidemia (13553-13) Ley 21.260.

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción de diputados y diputadas patrocinada transversalmente, ingresado en mayo del 2020 y aprobado en agosto del mismo año. Contó con el apoyo del Ejecutivo, que le efectuó indicaciones y mantuvo la urgencia simple durante casi toda su tramitación.

b) **CONTENIDO.** El objetivo de esta iniciativa fue agregar dentro de las normas del Código del Trabajo referidas a la protección de la maternidad, la posibilidad de que, durante un estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, con ocasión de una epidemia o pandemia a causa de una enfermedad contagiosa, el empleador ofrezca a la trabajadora, durante el tiempo que dure el referido estado de excepción constitucional, la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo. Además, flexibilizó las normas sobre licencia médica para cuidar a un hijo menor de un año ante una enfermedad grave. Estableciendo por ley que las COMPIN y las ISAPRE no podrán rechazar las licencias médicas emitidas en virtud de una enfermedad grave del niño o niña menor de un año incluso se fueran presentadas fuera de plazo. Por último, extiende el fuero maternal hasta el término del mencionado estado de excepción constitucional.

COMENTARIOS:

Si bien es una norma super-excepcional y emitida con ocasión de la Pandemia, manifiesta también, al igual que una serie de otras iniciativas, una desconfianza del Legislador a los mecanismos de control que existen en materia de licencias médicas, en particular cuando se trata de proteger a las mujeres trabajadoras.

3. Sistema de Salud

3.1 Establece calidad recíproca de carga familiar entre ambos cónyuges (11294-11). Ley N° 21.337 (Publicada en el Diario Oficial el 04/06/2021)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversal presentada en mayo de 2017, tras varios años en la Cámara de Diputados, tras su aprobación, tuvo un expedito segundo trámite, aprobándose sin cambios en el Senado.

b) **CONTENIDO.** Básicamente busca resolver un problema de larga data y que se planeaba recurrentemente, relacionado con la posibilidad de ser carga recíproca

entre cónyuges (este tema también está incluido en el proyecto de ley sobre Mejor Fonasa enviado por el Ejecutivo). Establece como regla general para todo el sistema de salud que se entenderá que el matrimonio celebrado en la forma establecida por la ley permitirá a cualquiera de los cónyuges ser carga del otro.

COMENTARIOS:

No creemos que este proyecto pueda tener un impacto muy importante en el Sistema, pero resuelve una serie de situaciones concretas con consecuencias odiosas que no había podido ser abordado, pues siempre figuraba como parte de una serie de medidas dentro de reformas más estructurales, como estas nunca llegaron, finalmente el Congreso lo abordó específicamente, en el marco de la vorágine de medidas de protección social tomadas para enfrentar los efectos de la crisis Pandémica.

3.2 Derecho a ser informado sobre procedimiento para hacer efectiva la cobertura (9536-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversal, liderada por el Senador Chahuán, presentada en el 2014 y desarchivada en el 2021. No ha tenido tramitación.

b) **CONTENIDO.** El proyecto busca modificar la llamada ley de derechos y deberes de los pacientes (20.584) a efectos de incluir dentro de las obligaciones de información que los prestadores deben a los pacientes, la de informar la forma de hacer efectivos los seguros complementarios. La justificación menciona la situación de los ingresos por urgencia, que muchas veces impiden a las personas efectuar los trámites para obtener el máximo de cobertura a que tendrían derecho.

COMENTARIOS:

Periódicamente surge la situación de las atenciones y hospitalizaciones de urgencia como una justificación para distintas iniciativas destinadas a proteger a las personas de la situación de extrema vulnerabilidad en que quedan al requerir atención de salud en horarios inhábiles o ante prestadores privados que no son parte de la red que les corresponde. Aunque este proyecto es muy limitado en sus alcances, es sin duda un antecedente que sirve para comprender que este es un tema que tarde o temprano debe ser abordado, lo que implicará desafíos tanto para los prestadores privados de salud como también para los seguros de salud, incluyendo a los complementarios.

3.3 Salud Mental (10563-11, en su momento refundido con Boletín 10.755-11) Ley 21.331

a) **DESCRIPCIÓN.** Mociones del año 2016 que compartieron patrocinantes y que en conjunto dan cuenta de un apoyo transversal desde un inicio.

b) **CONTENIDO.** Este cuerpo legal tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral. Este objetivo general se traduce en el texto en garantías de

acceso y no discriminación arbitraria, así como derecho a atención integral, al deber preferente del Estado, etc. La ley se concentra en los derechos de las personas con enfermedades mentales o discapacidad psíquica o intelectual frente a la atención de salud, consentimiento informado, investigación científica, medidas de control y contención, internación voluntaria e involuntaria, tratamientos invasivos, etc.

COMENTARIOS:

Este proyecto viene a reemplazar de manera integral las primeras normas de protección de las personas con enfermedades mentales y discapacidad psíquica o intelectual contenidas en la ley sobre derechos y deberes de las personas en su atención de salud. Y si bien tiene un enfoque primordialmente sanitario, está llamada a tener alcances en muchas otras materias. A efectos de este informe quizás su impacto más importante podría ser un criterio planteado en términos generales, pero que puede tener una creciente importancia en materia de gasto, y es el referido al goce del subsidio por incapacidad laboral que se genere con ocasión de la atención de salud mental, así, el artículo 20 de la ley, dentro de los estándares de atención que establece, precisa que la “atención de salud no podrá dar lugar a discriminación respecto de otras enfermedades, en relación a cobertura de prestaciones y tasa de aceptación de licencias médicas”. Sin más desarrollo que lo indicado, puede significar una importante y creciente fuente de gasto, amén de, eventualmente, revisión de todos los planes actualmente vigentes que contienen coberturas, topes y límites para las atenciones de salud mental y, por otra parte, las diferencias que existen en materia de evaluación y control de la emisión de licencias médicas, cuando estas están originadas o fundamentadas en enfermedades o patologías de origen mental.

3.4 Ley Nacional de Cáncer (12292-11) Ley 21.258

a) **DESCRIPCIÓN.** Ley originada en un Mensaje del Ejecutivo. Cabe indicar que previamente el Foro Nacional de Cáncer, una agrupación de iniciativas y organización ciudadana propuso un proyecto de ley que logró patrocinio y apoyo de varios parlamentarios, pero que, por su propia naturaleza, necesitaba del apoyo del Ejecutivo, el cual cristalizó en este proyecto y posterior Ley. Se presentó en diciembre de 2018 y terminó su tramitación en agosto del 2020.

b) **CONTENIDO.** Destinada a generar un primer marco normativo para el enfrentamiento del cáncer como política nacional de salud pública. Establece principios, obligaciones para el Estado y objetivos nacionales.

COMENTARIOS:

Es una ley marco que no representa un cambio directo sustancial para los beneficiarios del Sistema ni para las administradoras; ni siquiera cuando plantea el derecho a la confirmación diagnóstica, el cual al no especificarse cómo se materializa, queda en realidad como una garantía que eventualmente servirá para fundamentar medidas futuras o incluso interpretar determinadas situaciones, pero no consagra en lo inmediato nuevos derechos que traigan como correlato nuevas obligaciones.

Proyectos que afectan al Sistema Público de Salud en su conjunto, aspectos regulatorios transversales o que buscan el establecimiento de políticas públicas.

1. COVID 19

- 1.1 Modifica ley de accidentes del trabajo para establecer presunción que enfermedad x COVID 19 es de origen laboral (13.755-13)
- 1.2 Extiende Cobertura ley 16.744 a funcionarios de la salud (13591-11)
- 1.3 Establece la necesidad de Protocolos de Seguridad Sanitaria Laboral para el retorno gradual y seguro al trabajo (13600-13 refundido con 13743). Ley N° 21.342 (Diario Oficial del 01/06/2021)
- 1.4 Tratamiento de datos para el control del COVID 19 (13452-11)
- 1.5 Tratamiento de datos por COVID 19 (13350-11)
- 1.6 Medidas especiales de protección de funcionarios de la salud (13516-11)
- 1.7 Ensayos Clínicos (13.642-11) Ley 21.278
- 1.8 Regula ensayos clínicos (13829-11)
- 1.9 Cobro de multas (14.336-11)
- 1.10 Venta de anticonceptivos sin receta (14161-11)

1. COVID 19

1.1 Modifica ley de accidentes del trabajo para establecer presunción que enfermedad x COVID 19 es de origen laboral (13755-13)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción de un grupo de diputados de oposición, que pese haber sido declarada inadmisibles por la Mesa de la Cámara, la Sala en Pleno voto su admisibilidad. No ha sido tramitada.

b) **CONTENIDOS.** El objetivo de esta iniciativa fue establecer por ley que para los casos de enfermedad diagnosticada con COVID-19 se presumirá su origen laboral, salvo prueba en contrario.

COMENTARIOS:

De prosperar esta idea significaría un traslado importante de la carga del financiamiento de las atenciones COVID al sistema de seguridad social. Y aunque es poco probable que prospere, atendido que no ha tenido tramitación. Sí está vinculada a otra propuesta que sí ha sido tramitada y es la que, en el contexto de otras medidas, propone esta misma presunción, pero acotada a los trabajadores y funcionarios de la salud.

1.2 Extiende Cobertura ley 16.744 a funcionarios de la salud (13591-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto también presentado por un grupo de diputados y diputadas de oposición, en el marco de las distintas iniciativas propuestas durante el 2020 para enfrentar la Pandemia. También fue la Sala la que declaró su admisibilidad. No ha sido tramitado.

b) **CONTENIDOS.** El objetivo declarado del proyecto es asegurar que todos los funcionarios y funcionarias de salud que en cumplimiento de sus funciones se contagien de Covid-19 accedan de forma gratuita al tratamiento que requieran a través del establecimiento de la presunción que, de contagiarse por COVID 19, fueron afectados por el virus en el ejercicio de sus funciones, pudiendo acceder a todos los beneficios de ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

COMENTARIOS:

Tal como se planteara en el comentario anterior, pese a que este proyecto no ha sido tramitado, la idea sí. Estando aun en trámite.

1.3 Establece la necesidad de Protocolos de Seguridad Sanitaria Laboral para el retorno gradual y seguro al trabajo (13600-13 refundido con 13743). Ley N° 21.342 (Diario Oficial del 01/06/2021)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversal de los Senadores Chahuán, Guillier y la Senadora Adriana Muñoz refundida con otra de la misma Senadora Muñoz y de los Senadores Montes, Goic y Juan Pablo Letelier. Presentada en junio del 2020, contó con el patrocinio del Ejecutivo y terminó su tramitación en mayo del 2021.

b) **CONTENIDOS.** Establece una serie de medidas destinadas al establecimiento de protocolos de seguridad en el marco del enfrentamiento de la Pandemia por COVID 19, obligando a empleadores y mutuales a implementar una serie de medidas de protección de los trabajadores y trabajadoras, trabajo a distancia, financiamiento de implementos de protección personal, etc.

COMENTARIOS:

Quizás lo más relevante de este proyecto, para los efectos que nos interesan, fue el establecimiento de un seguro individual de carácter obligatorio anual, de cargo del empleador, en favor de los trabajadores del sector privado con contrato y que desarrollen sus labores de manera presencial, total o parcial, para financiar o reembolsar los gastos de hospitalización y rehabilitación de cargo del trabajador, asociados a la enfermedad COVID-19. Este seguro cubre explícitamente a los cotizantes de una Institución de Salud Previsional, siempre que se atienda en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud al efecto. Este seguro indemnizará el deducible de cargo de las personas, que corresponda a la aplicación de la CAEC respecto de las atenciones hospitalarias realizadas en la red de prestadores correspondiente. Incluye los gastos de rehabilitación. Se

estableció también el monto máximo de la prima: 0,42 UF por trabajador. El seguro no podrá contemplar carencias de ninguna especie, ni deducibles.

La ley establece dentro de las exclusiones de cobertura los gastos incurridos en prestadores que no pertenezcan a la red de prestadores CAEC. Sin perjuicio, el seguro deberá financiar una suma equivalente al monto del deducible que le hubiere correspondido pagar si el beneficiario se hubiese atendido en la red de prestadores CAEC, el cual en ningún caso será superior al tope. En este caso, el monto de dinero se imputará al copago que, de acuerdo al plan de salud, sea de cargo del afiliado; si el copago fuere inferior al monto equivalente al deducible, el asegurador solo estará obligado a enterar el monto del copago efectivo. La ISAPRE estará facultada para ejercer, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago del monto equivalente al financiamiento señalado e imputarlo al copago de cargo de sus afiliados.

Si bien está destinado a cubrir solo los copagos que serían de cargo de los afiliados, y, por ende, no libera de la contribución que les corresponde a las Isapre, esta iniciativa representa un muy interesante acercamiento a la forma de avanzar en mayor seguridad de los afiliados al Sistema, disminuyendo las incertidumbres frente a la hospitalización catastrófica y socializando los costos en lógica de seguridad social, con un ejercicio de colaboración público privada. Nótese que en esta lógica de protección social en vez de recurrir a los seguros tradicionales: FONASA, ISAPRES y Mutualidades, se optó por recurrir a las compañías de seguros generales. Habrá que ver la siniestralidad y utilidades al cabo de un año de vigencia de esta medida para poder evaluarla con más antecedentes.

1.4 Tratamiento de datos para el control del COVID 19 (13452-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción transversal originada en el Senado que fue aprobada en primer trámite legislativo. Se presentó en abril del 2020 y se despachó a la Cámara de Diputados en agosto de ese mismo año.

b) **CONTENIDOS.** El objetivo del proyecto es permitir el tratamiento de datos personales sensibles de las personas contagiadas por COVID a instituciones y autoridades que no contaban con esta facultad.

COMENTARIOS:

Este proyecto es el equivalente en el Senado de un proyecto de similares objetivos presentado en la Cámara de Diputados. No tiene mayor impacto en el Sistema.

1.5 Tratamiento de datos por COVID 19 (13350-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Moción de cuatro diputados que fue aprobada en primer trámite constitucional. Presentada en marzo del 2020 pasó al Senado en junio de ese mismo año. No ha tenido tramitación en el Senado.

b) **CONTENIDOS.** Al igual que el proyecto originado en el Senado, su objetivo era corregir una omisión en la ley de deberes y derechos del paciente (que en su etapa final de tramitación restringió severamente el acceso a información sensible de las

personas a las diversas autoridades e instituciones que originalmente figuraban en el proyecto); con el objetivo de permitir el tratamiento de datos sensible con los debidos resguardos de protección a las personas.

COMENTARIOS:

Al igual que en el proyecto previamente descrito, no tendría mayor impacto en el Sistema.

1.6 Medidas especiales de protección de funcionarios de la salud (13516-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto presentado por un grupo de Diputados, liderados por Juan Luis Castro, no ha tenido mayor tramitación.

b) **CONTENIDOS.** La idea matriz de este proyecto, según sus autores, es establecer un catálogo de medidas de seguridad y garantías para la integridad de los trabajadores de la salud, a objeto que puedan recibir elementos de protección personal, y otras medidas sanitarias obligatorias para recintos hospitalarios públicos o privados, evitando la variabilidad de situaciones que se detectaron a comienzos de la Pandemia.

COMENTARIOS:

Este proyecto incluye varias medidas que ya son el estándar en la atención de salud y otras medidas que, de aprobarse, podrían implicar aumento de costos a nivel de los prestadores de salud. En este último sentido está mucho más avanzado en su tramitación otro proyecto de ley, que justamente se refiere a compensaciones a los trabajadores de la salud, y que en su formulación original (y aprobada por la Cámara de Diputados) podía sin duda, significar un sobre costo importante para los prestadores privados (tales como fueros, descansos compensatorios y bonos).

1.7 Ensayos Clínicos (13.642-11) Ley 21.278

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa patrocinada por diputados y diputadas oficialistas, que finalmente se transformó en la ley 21.278. Con amplio respaldo y participación del Ejecutivo.

b) **CONTENIDOS.** El Objetivo de esta ley fue despejar algunos desincentivos al desarrollo de la investigación científica en Chile, vinculados a la responsabilidad por daños, prescripción de las acciones y otras materias. Finalmente se aprobó la modificación al Código Sanitario en el sentido de alterar el plazo para la prescripción de las acciones por responsabilidad extracontractual y la obligación de las compañías de seguro para ofrecer pólizas a quienes lideraren investigaciones relacionadas con el enfrentamiento de la Pandemia en Chile.

COMENTARIOS:

Este proyecto no tiene mayor impacto en el Sistema de aseguramiento.



1.8 Regula ensayos clínicos (13829-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto presentado en el Senado, con apoyo transversal. Fue aprobado en general en la Sala y fue objeto de indicaciones. Sin embargo, al priorizar la tramitación del proyecto que venía aprobado de la Cámara de Diputados, finalmente no continuó avanzando.

b) **CONTENIDOS.** Esta iniciativa apuntaba, al igual que el proyecto anteriormente descrito, a destrabar algunas restricciones y desincentivos para el desarrollo de proyectos de investigación científica destinados al enfrentamiento de la Pandemia por COVID 19.

COMENTARIOS:

Este proyecto, aun cuando llegara aprobarse, no tiene mayor impacto en el Sistema de aseguramiento.

1.9 Cobro de multas (14336-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje del Ejecutivo presentado en junio del año 2021. Contó con amplio respaldo y fue sancionado como ley en octubre del 2021.

b) **CONTENIDOS.** Facilitar el cobro de las multas aplicadas por la autoridad sanitaria. Dado que, en el contexto de la Pandemia, las multas comenzaron a perder efecto disuasivo, atendida la dificultad para hacer efectivo su cobro. En este sentido, en términos generales se facilitó el proceso mediante el reconocimiento de mérito ejecutivo y permitiendo a Tesorería General de la República perseguir su cobro. Además, se le dio una suerte de efecto retroactivo para las multas pendientes de pago.

COMENTARIOS:

Este proyecto no tiene mayor impacto en el Sistema de Salud.

1.10 Venta de anticonceptivos sin receta (14161-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa transversal ingresada en abril del 2021 al Senado. No ha tenido mayor tramitación.

b) **CONTENIDOS.** Busca facilitar el acceso de las personas a mecanismos de anticoncepción, atendidas las dificultades en la atención de salud durante el enfrentamiento de la Pandemia por COVID 19.

COMENTARIOS:

Este proyecto no tiene mayor impacto en el Sistema de Salud.

2. Reformas al Sistema de Salud

- 2.1 Reforma al FONASA (13178-11).
- 2.2 Seguro catastrófico (12662-11).
- 2.3 Enfermedades terminales y buen morir (12507-11) Ley 21.375
- 2.4 Reforma al FONASA y Crea Plan de Salud Universal (13863-11)
- 2.5 Reconoce a los cuidadores como sujetos de derecho a atención preferente de salud (12747-11)
- 2.6 Muerte gestacional o perinatal (14159-11) Ley 21.371
- 2.7 Establece derechos en ámbito de gestación, parto y sanciona violencia gineco obstétrica (12148-11)
- 2.8 Crea el estatuto de aseguramiento, protección y promoción de la salud mental (14505-11)
- 2.9 Protección de las personas del espectro autista (14549-35 y 14310-35)
- 2.10 Discapacidad e hipoacusia (14455-35 y 14504-35)

2. Reformas al Sistema de Salud

2.1 Reforma al FONASA (13178-11).

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje del Ejecutivo ingresado por la Cámara de Diputados. Contó con urgencias durante casi toda su tramitación. La Comisión de Salud de la Cámara emitió un informe negativo rechazándolo. Cuando iba a ser votado en la Comisión de Hacienda para su posterior votación en la Sala del Senado. El Ejecutivo lo retiró, para luego ingresarlo nuevamente, pero esta vez por el Senado.

b) **CONTENIDOS.** Busca modernizar el funcionamiento, la Gobernanza y las atribuciones del Fondo Nacional de Salud, con algunos cambios importantes, como la situación de las cargas y otras materias.

COMENTARIOS:

Atendido que este proyecto fue retirado e ingresado luego por el Senado, reservaremos los comentarios para dicho proyecto, pues al menos ese logró su aprobación en general en el Senado.

2.2 Reforma al FONASA y Crea Plan de Salud Universal (13863-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje del Ejecutivo, el que, cumpliendo con lo acordado con los Senadores de la Comisión de Salud, retiró el proyecto de la Cámara y lo ingresó nuevamente por el Senado en octubre del 2020, en la expectativa de tramitar tanto este proyecto como el de Reforma a las Isapre (PGS). En marzo del 2021 presentó una indicación sustitutiva, que buscaba recoger parte de los acuerdos propuestos por una Comisión de Expertos convocada el último trimestre del 2020. La Sala

autorizó a tramitarlo en general y particular al mismo tiempo, razón por la cual, pese a haber sido votado en general positivamente por la Comisión, no fue a Sala para este mismo trámite. Desde su aprobación en general por la Comisión, no ha sido puesto en tabla nuevamente.

b) **CONTENIDOS.** Junto con recoger propuestas de sus proyectos iniciales sobre FONASA, en la indicación sustitutiva el Ejecutivo incorpora aspectos sustanciales de Gobernanza, Plan de Salud y facultades, incluyendo la posibilidad de “armar” la Red para el cumplimiento del Plan para sus beneficiarios. Es probablemente la propuesta concreta más ambiciosa de reforma al Seguro Público desde la Reforma del 2005 que creó el Régimen General de Garantías en Salud.

COMENTARIOS:

Si bien este proyecto no busca cambiar de manera directa el Sistema de Isapre, resulta evidente que una reforma profunda al Seguro Público tendría impacto en el Sistema en su conjunto; de aprobarse en términos similares a lo propuesto, generaría las bases conceptuales para el establecimiento de un único Plan de Salud para el sector Privado, mejoraría la oferta del Seguro Público, haciéndolo más atractivo para los afiliados al Sistema Privado y dando un interesante paso en la consolidación de un modelo de aseguramiento público universal para el “primer piso de aseguramiento”. Con todo, las innumerables críticas de fondo y de forma, así como la oposición férrea a avanzar bajo los términos de esta iniciativa por parte de la mayoría de los Senadores de oposición, mantienen este proyecto casi sin posibilidades de avance.

2.3 Seguro catastrófico (12662-11).

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje del Ejecutivo ingresó en mayo de 2019, fue aprobado en general y en particular por la Cámara de Diputados en octubre de 2019. Ha tenido urgencia suma y discusión inmediata durante su tramitación. Cuenta ya con informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda del Senado.

b) **CONTENIDOS.** Aun cuando el Ejecutivo ha hablado de “seguro clase media” luego “seguro catastrófico”; en realidad es un proyecto que busca establecer una modalidad de atención en MLE Fonasa con coberturas y copagos asegurados. Si bien el proyecto ha avanzado, algunos aspectos claves de la propuesta han quedado en el camino.

COMENTARIOS:

Esta iniciativa es, básicamente, un instrumento de moderación de la demanda, generando incentivos a prestadores y usuarios a optar por la resolución de problemas de salud de los beneficiarios del Sistema en una red de prestadores privada con copagos asegurados. La posibilidad de que participen en este modelo prestadores privados con fines de lucro a imposibilitado un acuerdo que permita destrabar esta iniciativa. A juicio de la oposición esta alternativa es inaceptable, a juicio del Gobierno, sin esa posibilidad el proyecto no logrará tener ningún efecto importante. Atendida la falta de acuerdo, algunos Senadores han manifestado su voluntad para que las propuestas contenidas en este proyecto se incorporen al proyecto de ley de Reforma al FONASA.

2.4 Enfermedades terminales y buen morir (12507-11) Ley 21.375

a) **DESCRIPCIÓN.** Mensaje presidencial ingresado en abril de 2019 y publicado como ley de la República en octubre de 2021. Tuvo urgencia suma durante casi toda su tramitación.

b) **CONTENIDOS.** El objetivo fundamental de este cuerpo legal es abordar los aspectos complejos del proceso asociado a la agonía y la muerte. Incluyendo derecho a cuidados paliativos, y el cuidado integral de la persona con la finalidad de aliviar, dentro de lo posible, los padecimientos asociados a una enfermedad terminal.

COMENTARIOS:

Este proyecto, sin reemplazar lo establecido en la ley de derechos y deberes de las personas en su atención de salud, buscó resolver algunos vacíos de dicha normativa, consagrando derecho a cuidados paliativos y desarrollando de mejor manera el marco de derechos de las personas en una situación de enfermedad terminal.

Este proyecto, si bien busca proteger derechos de las personas independientes de su sistema de salud, en realidad no implica una gran innovación en materia de acceso a prestaciones de salud, en los hechos no vemos que este proyecto pueda significar alternaciones mayores en el esquema de costos del Sistema, tanto público como privado.

2.5 Reconoce a los cuidadores como sujetos de derecho a atención preferente de salud (12747-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa liderada por los Senadores de la Comisión de Salud. Ingresó en junio de 2019 y se transformó en ley en octubre de 2021.

b) **CONTENIDOS.** Es una iniciativa sencilla que buscó establecer un mensaje al sistema de atención de salud, modificando la ley sobre derechos y deberes de los pacientes e incorporando un criterio objetivo de priorización en la atención, cual es la edad -mayor de 60 años-, como también discapacidad, así como los cuidadores o cuidadoras.

COMENTARIOS:

Este proyecto no tiene mayor impacto en el Sistema Privado de Salud, y tal como la regulación previa pretendía, busca asegurar una atención priorizada a grupos de personas tradicionalmente postergados o preteridos. Su impacto práctico es dudoso aún.

2.6 Muerte gestacional o perinatal (14159-11) Ley 21.371

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa apoyada transversalmente en el Senado, fue ingresada en abril del 2021 y se transformó en ley en septiembre del 2021.

b) **CONTENIDOS.** Este cuerpo legal busca asegurar el respeto a las madres y padres que hayan sufrido una pérdida gestacional, incorporando una modificación a la ley sobre derechos y deberes de los pacientes a que los prestadores realicen “acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante”, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, además se modificó el Código del Trabajo para incorporar un derecho a permiso pagado por 10 días en estos casos, entendemos de cargo del empleador.

COMENTARIOS:

No vemos que este proyecto pueda tener algún impacto en los costos del Sistema de Salud.

2.7 Establece derechos en ámbito de gestación, parto y sanciona violencia gineco obstétrica (12148-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa transversal patrocinada por 10 diputados y diputadas en octubre de 2018. Originalmente se envió a Comisión de Salud y luego, a requerimiento de la Comisión de Equidad de Género, se radicó allí. Fue votada en general en la Sala de la Cámara de Diputados; al ser objeto de indicaciones, volvió a la misma Comisión, la que ya emitió el segundo informe, en noviembre del 2021.

b) **CONTENIDOS.** El principal objetivo de este proyecto es regular, garantizar y promover los derechos de la mujer u otra persona gestante, de la persona recién nacida, del padre de esta última o persona significativa para la mujer u otra persona gestante, en el ámbito de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud sexual y reproductiva. En concreto busca que no haya maltrato, manipulación o agresión psicológica, física o sexual, durante la atención de salud, garantizar el consentimiento informado y la privacidad y confidencialidad de la atención de salud. Además, define la llamada “violencia ginecobstétrica” y ofrece una enumeración no taxativa de una serie de situaciones que serían constitutiva de esta. Obliga a los prestadores a respetar el plan de parto presentado por la mujer u otra persona gestante, y establece una serie de derechos que los prestadores deberán asegurar.

COMENTARIOS:

Si bien este proyecto no dice relación con el sistema de aseguramiento; viene a regular de manera exhaustiva un ámbito de la atención de salud muy importante para el Sistema, imponiendo obligaciones a los prestadores y estableciendo derechos que exigen de un estudio en profundidad sobre sus alcances para la atención de salud, sus costos y los riesgos asociados a ella (por ejemplo, la posibilidad de retroceder en los porcentajes de atención profesionalizada del parto en Chile).

2.8 Crea el estatuto de aseguramiento, protección y promoción de la salud mental (14505-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Iniciativa transversal ingresada en agosto de 2021. No ha tenido mayores avances aún.

b) **CONTENIDOS.** El objetivo de este proyecto es consagrar el deber de todos los órganos del Estado de velar por la salud mental de sus funcionarios; consagrar la obligación de los empleadores, en los mismos términos; y obligar a todo establecimiento educacional a tener una política de salud mental, a su promoción y a capacitar a todos los miembros de la comunidad en la materia.

COMENTARIOS:

Aunque la ley sobre salud mental de reciente vigencia buscaba abordar muchos de los aspectos aquí tratados, parece evidente la convicción de los autores de esta iniciativa que ella no fue suficiente. Si bien esta iniciativa no apunta a alterar sustancialmente el marco normativo actual, sí profundiza la idea ya desarrollada en la Ley de salud mental (N°21.331) al declarar, por ejemplo, que toda persona tiene derecho a la protección de su salud mental; a la evaluación de su salud mental; al acceso a atención, tratamiento y rehabilitación de su salud mental; así como a la confidencialidad de su atención, diagnóstico y tratamiento, y el acceso a programas de protección y promoción de la salud mental.

2.9 Protección de las personas del espectro autista (14549-35 y 14310-35)

a) **DESCRIPCIÓN.** Se trata de dos iniciativas refundidas sobre la misma materia (junio y agosto de 2021), las que dan cuenta de un apoyo transversal en la Cámara de Diputados. Pese a eso no ha tenido tramitación hasta ahora. Radicada en la Comisión de Personas Mayores y Discapacidad.

b) **CONTENIDOS.** Ambas iniciativas buscan establecer un marco legal de protección de las personas del espectro autista, incluyendo dentro de este marco aspectos vinculados a su atención de salud, eliminación de las discriminaciones, etc.

COMENTARIOS:

Si bien estas iniciativas no buscan alterar aspectos sustantivos de la regulación estructural del Sistema de Aseguramiento, son reflejo de cierto impulso legislativo de intentar ir eliminando causales de preexistencias casi unitariamente, puesto que expresamente se busca que el autismo no pueda ser considerado como causal para impedir el ingreso, limitar prestaciones, o negar coberturas, esto incluso podría alcanzar a los seguros de salud complementarios.

Sin tener la información sobre cuál es la demanda de salud específica de las personas del espectro autista y las brechas reales existentes al respecto, resulta difícil dimensionar ex ante el impacto de estas propuestas en el Sistema. Sin embargo, a nuestro juicio ellas dan cuenta de que, tarde o temprano, con o sin mecanismos de compensación de riesgos, el Poder Legislativo impulsará iniciativas en este sentido, especialmente sensibles para las familias y la opinión pública.

2.10 Discapacidad e hipoacusia (14455-35 y 14504-35)

a) **DESCRIPCIÓN.** Se trata de dos iniciativas refundidas sobre la misma materia (junio y julio de 2021), las que dan cuenta de un apoyo transversal en la Cámara de Diputados. Pese a eso no ha tenido tramitación hasta ahora. Radicada en la Comisión de Personas Mayores y Discapacidad.

b) **CONTENIDOS.** Estas iniciativas buscan asegurar la plena integración de las personas con discapacidad, específicamente hipoacusia. Se propone un marco legal genérico para ello.

COMENTARIOS:

Si bien en este proyecto específicamente no se busca alterar el régimen de salud, parece evidente que el esfuerzo por garantizar el acceso a prestaciones en el ámbito de salud sin discriminaciones, debiera, durante la discusión, materializarse en un sentido que impida considerar esta discapacidad como preexistencia. En este sentido, se pueden replicar las observaciones comentadas al proyecto anterior sobre personas del espectro autista.

2.11 Elimina facultad de Isapre de solicitar declaración de Invalidez (13491-11)

a) **DESCRIPCIÓN.** Proyecto patrocinado por 3 Senadores de oposición (Girardi, Quinteros, Araya) presentado en mayo de 2020. No ha tenido tramitación hasta ahora

b) **CONTENIDO.** Es un proyecto muy sencillo que solo busca derogar el inciso 8 del artículo Deróguese el inciso octavo del artículo 197 del DFL N° 1 de 2006, del Ministerio de Salud.

COMENTARIOS:

Esta iniciativa acotada selecciona un aspecto regulatorio que es parte de una normativa que en general ya está obsoleta y funciona deficientemente, con vacíos, incentivos mal puestos, etc. Sólo busca impedir que las Isapre puedan ejercer una facultad que está en la ley de solicitar directamente, y sin requerir del consentimiento del afectado, la declaración de invalidez del cotizante en “casos calificados”. El problema de las licencias prolongadas y que suponen la necesidad de declaración de invalidez encierra complejas situaciones sociales y contiene incentivos inadecuados, a saber, la licencia, al menos bajo el tope imponible significa una tasa de reemplazo del 100% de la remuneración, la pensión por invalidez solo llega a alcanzar, en el mejor de los casos, al 75% de este.

En términos de costos globales es poco probable que esta restricción tenga un gran impacto financiero; sin perjuicio de lo cual, atendido el enorme y creciente impacto que está teniendo el gasto en subsidios por incapacidad laboral, cualquier iniciativa que tienda más que a revisar el marco regulatorio en su integralidad, sino a restringir las facultades que aun gozan las Isapre (como la de rechazarlas), en su conjunto supondrán una incertidumbre aun mayor sobre la capacidad del Sistema de equilibrar sus ingresos y gastos.

2.12 Reforma Constitucional para Incompatibilidad entre ser ejecutivo de ISAPRE y otros y tener inversiones en paraísos fiscales. (13722-07)

a) **DESCRIPCIÓN.** Propuesta de reforma constitucional presentada en agosto de 2020 por diputados de oposición. No ha tenido tramitación

b) **CONTENIDO.** Su objetivo fundamental es incorporar en la Carta Fundamental una incompatibilidad entre ser una autoridad pública y mantener inversiones en paraísos fiscales. En lo que importa, además de incluir al Presidente de la República, Ministros y otras autoridades, dentro de la enumeración, menciona a los directores y administradores de sociedades u organismos que administren fondos de pensiones o de Instituciones de Salud Previsional.

COMENTARIOS:

Esta iniciativa no tiene como objetivo directo e inmediato alterar el gobierno corporativo de las Isapre, sino que la mención a directores y administradores viene a ser un elemento accesorio en el debate principal que se quiere abrir con esta iniciativa. De todas formas, no parece que pueda llegar a tener ningún impacto real en el Sistema. Pese a eso, al ser la primera vez que se busca alterar o regular el régimen de administración de las Isapre, o de alguna manera imponer alguna carga especial a sus principales ejecutivos, se genera un precedente que eventualmente sirva para tener a la vista en regulaciones futuras.

Glosario

Legislador: se refiere al poder que se expresa en las leyes (y diferenciado del Poder Ejecutivo, radicado en el Gobierno, y del Poder Judicial, radicado en la Judicatura), por antonomasia es asociado al Poder Legislativo, radicado en el Congreso Nacional; con todo, atendido el rol clave del Poder Ejecutivo (el Gobierno) se suele comprender que son poderes co-legisladores.

Proyecto de ley: iniciativa que da origen a la tramitación de una ley. Si está originada en el Poder Ejecutivo y firmada en consecuencia por el Presidente de la República, se le denomina Mensaje; si la patrocinan Diputados o Senadores, se le denomina Moción.

Primer, segundo o tercer trámite legislativo. Son las etapas de tramitación de una ley. Por regla general cualquier proyecto de ley puede ser iniciado en cualquiera de ambas Cámaras del Congreso (salvo algunas excepciones tales como impuestos o presupuesto nacional³ -sólo en la Cámara de Diputados-, amnistías o indultos generales -solo en el Senado-; y bueno, las mociones, que obviamente inician su tramitación en la Cámara a que corresponden sus patrocinantes).

Así, el primer trámite corresponde a la discusión que ese proyecto tenga por primera vez en alguna de las Cámaras. El segundo trámite corresponde a la discusión en la Cámara “revisora”, que puede ser tanto la Cámara como el Senado, dependiendo de donde haya sido el primer trámite. Si la cámara revisora aprueba el texto que venía del primer trámite sin cambios, el proyecto queda en condiciones de convertirse en ley. Si lo rechaza o hace cambios, se da lugar al Tercer Trámite.

El tercer trámite es eventual y, a su vez, tiene etapas necesarias y otras eventuales. Como indicamos recién, ocurre cuando la Cámara revisora o que discutió el proyecto en segundo trámite, lo rechaza o le efectúa modificaciones. Si lo rechazó, se debe conformar una comisión mixta conformada por la misma cantidad de Diputados y Senadores, que proponga un texto que resuelva las discrepancias, texto que para transformarse en ley de todas formas luego debe ser votado y aprobado por ambas cámaras, primero en la de Diputados, luego en el Senado. Para ser ley debe aprobarse por ambas según los quorum que corresponda.

Por otra parte, si se le hicieron cambios, pero no se rechazó, el tercer trámite puede tomar diversos caminos: la Cámara Inicial debe pronunciarse sobre ese nuevo texto, si lo aprueba, el proyecto queda en condiciones de ser aprobado como ley. Si no lo aprueba, se debe conformar una comisión Mixta. La Sala eventualmente puede pedir a la comisión que haya estudiado el proyecto inicialmente un nuevo informe, no vinculante, que le “recomiende” qué hacer.

Tanto en el primer trámite como en el segundo trámite legislativo se distinguen dos etapas de discusión, la discusión o aprobación en general (o lo que se denomina “la idea de legislar”) y la discusión o aprobación en particular. Hay algunas diferencias en el procedimiento entre ambas Cámaras. Por otra parte, cada Comisión que estudia el proyecto debe preparar un informe con su propuesta de texto a ser aprobada por la respectiva Sala.

Iniciativa Exclusiva. La constitución define qué materias son propias de una ley; también define que algunas de esas materias deben ser aprobadas con quórum especiales (vgr.: quórum calificado, que

³ La ley de presupuesto tiene otras particularidades en su tramitación, pero no viene al caso describirlas en este trabajo.

consiste en la exigencia para que una norma sea aprobada, deba ser votada a favor por la mayoría absoluta de los parlamentarios en ejercicio; u las Leyes Orgánicas Constitucionales, que debe ser aprobadas por los 4/7 de los diputados y senadores en ejercicio). Asimismo, hay materias que, en principio, sólo pueden ser impulsadas por el Gobierno, tales como aquellas que implican comprometer recursos públicos, ley de presupuesto, seguridad social y, genéricamente, todas aquellas que digan relación con nuevas facultades de los organismos públicos.

Urgencias. Por regla general los proyectos de ley debieran discutirse “según su orden de llegada”, pero en la práctica es el Presidente de la Comisión, y el de las respectivas Salas de ambas Ramas de Congreso los que deciden la Tabla u orden de discusión de los proyectos. Esta definición no es caprichosa en todo caso, son claves las urgencias y los acuerdos de comités. A través de las urgencias el Ejecutivo impone al Congreso la velocidad y plazos para la tramitación de los proyectos de ley, sean estos originados en mociones o en Mensajes. La Urgencia simple impone a la Cámara donde esté discutiéndose un proyecto un plazo de 30 días para su despacho; de 10 días si es urgencia suma y si le impone discusión inmediata, de tres días. En comisión mixta estos plazos se acortan.

Con todo, en realidad prácticamente no hay consecuencias si dentro de los plazos fijados los proyectos no llegan a despacharse; el Ejecutivo entonces renueva las urgencias o simplemente deja pasar el tiempo. En el grueso de las ocasiones, las urgencias sirven para mostrar voluntad política, dar una señal de prioridad o de negociación. Este comentario anterior es más propio de las urgencias simples, aunque de ello no se deriva, necesariamente, que cuando un proyecto tiene urgencia suma, efectivamente se tramite dentro de los plazos indicados. Al contrario, cuando un proyecto tiene discusión inmediata, en el grueso de las ocasiones efectivamente se busca que se despache dentro de los plazos establecidos en la Constitución.

Indicación. Son propuestas de enmienda al texto que se discute. Cuando son presentadas por el Gobierno y reemplazan todo el texto se les denomina “Indicación Sustitutiva”.

Referencias

- Centro de Políticas Públicas UC. (2019). *Reforma al sistema privado de salud* (No. 40, 1-19.).
- Dranove, D., Satterthwaite, M. A., Dranove, D., & Satterthwaite, M. A. (1992). Monopolistic Competition When Price and Quality are Imperfectly Observable. *RAND Journal of Economics*, 23(4), 518–534. <https://econpapers.repec.org/RePEc:rje:randje:v:23:y:1992:i:winter:p:518-534>
- Hidalgo, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos-Sociales*, 59, 7–12.
- Stolper, K. C. F., Boonen, L. H. H. M., Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2020). Cooperation amongst insurers on enhancing quality of care: Precondition or substitute for competition? *Health Economics, Policy and Law*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000195>
- SENTENCIA RECAÍDA EN ROL N° 1710-10, , PROCESO INICIADO DE OFICIO PARA DECIDIR SOBRE LA CONSTITUCIONALIDAD DEL ARTÍCULO 38 TER DE LA LEY DE ISAPRES (2010). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>
- Zúñiga F., A. (2014). Propuesta para la reforma definitiva del sistema privado de salud chileno. *Revista Médica de Chile*, 142(4), 501–505. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000400012>

Resumen proyectos de ley

	Reformas al Sistema de Isapre	COVID 19	Sistema de Salud
Aspectos de fondo o de diseño estructural del Sistema de ISAPRE	<p>Proyecto de ley de Isapre (8105-11)</p> <p>Modifica Sistema Privado de Salud (7955-11)</p> <p>Deroga la Tabla de Factores (12146-11)</p> <p>Eliminar preexistencias (11572-11, refundido con 6930-11)</p> <p>Relativo a la tabla de factores (6894-11)</p>	<p>Suspende facultad de reajuste (13502-11 13503-11 y 13504-11 refundidos) Ley 21.350.</p>	<p>Reforma Constitucional que consagra Derecho a la Salud (13738-07)</p>
Relacionados con los prestadores de salud, precios e integración vertical	<p>Sobre integración vertical (12798-11, refundido con 10507-11)</p>	<p>Declara de utilidad pública y de interés general de la nación y la salud de la población tratamientos, medicamentos y otros (13638-11).</p> <p>Prohíbe aumento de precios en caso de alerta sanitaria (13303-11).</p> <p>Limita rentabilidad de prestadores en caso de epidemia (13295-11)</p> <p>Habilita a médicos para trabajar en sector público, ley Eunacom (13359-11) Ley 21.274</p> <p>Receta electrónica (13450-11) Ley 21.267</p> <p>Obliga a establecimientos de salud a informar sobre posibilidad de donar plasma (13643-11)</p> <p>Regula disposición final de residuos y EPP sanitarios (13598-11)</p> <p>Para sancionar especulación en estado de catástrofe (13424-07)</p> <p>Descanso compensatorio y fuero laboral a funcionarios (13778-13)</p>	<p>Ley de Fármacos II (9914-11)</p> <p>Acoso Sexual en las atenciones de salud (12527-11)</p> <p>Cirugía Plástica (13043-11 y 13093-11)</p> <p>Reconocimiento de profesiones de la salud (Refundidos: 13817-11; 13818-11; 13838-11; 13821-11; 13806-11)</p> <p>Regula precios de exámenes y otros (13892-11)</p> <p>Comparador de Precios de Exámenes (8039-11)</p> <p>Sanciona a prestadores de salud que atenten contra el derecho a la salud (14160-11)</p> <p>Regula Establecimientos docente asistenciales (14088-11)</p> <p>Regula profesiones médicas (11361-11)</p> <p>Prohíbe informar deudas contraídas para financiar atenciones de salud (14211-11)</p> <p>Telemedicina (13375-11)</p>
Aumentan beneficios de afiliados	<p>Modifica ley 21.173 sobre devolución de excedentes (13509-11)</p>	<p>Sobre otorgamiento de Licencias Médicas en estado de excepción x COVID 19 (13507-11)</p>	<p>Establece calidad recíproca de carga familiar entre ambos cónyuges (11294-11).</p>

		<p>Para exigir que Isapres ofrezcan nuevo plan de salud por crisis sanitaria (13618-11).</p> <p>Licencia médica preventiva parental y teletrabajo (14171-13)</p> <p>Beneficios para padres, madres y cuidadores de niños o niñas, en las condiciones que indica (13611-13) Ley 21.247</p> <p>Modifica la Ley N°21.247, otorgando prestaciones excepcionales a los trabajadores dependientes, independientes y del sector público (14260-13) Ley 21.351</p> <p>Trabajo a distancia o teletrabajo de la trabajadora embarazada, en casos de alerta sanitaria por causa de epidemia (13553-13) Ley 21.260.</p>	<p>Derecho a ser informado sobre procedimiento para hacer efectiva la cobertura (9536-11)</p> <p>Salud Mental (10563-11) Ley 21.331</p> <p>Ley Nacional de Cáncer (12292-11) Ley 21.258</p>
<p>Sistema Público de Salud, aspectos regulatorios transversales o el establecimiento de políticas públicas.</p>	<p>Modifica ley de accidentes del trabajo para establecer presunción que enfermedad x COVID 19 es de origen laboral (13.755-13)</p> <p>Extiende Cobertura ley 16.744 a funcionarios de la salud (13591-11)</p> <p>Establece la necesidad de Protocolos de Seguridad Sanitaria Laboral para el retorno gradual y seguro al trabajo (13600-13 refundido con 13743). Ley N° 21.342 (Diario Oficial del 01/06/2021)</p> <p>Tratamiento de datos para el control del COVID 19 (13452-11)</p> <p>Tratamiento de datos por COVID 19 (13350-11)</p> <p>Medidas especiales de protección de funcionarios de la salud (13516-11)</p> <p>Ensayos Clínicos (13.642-11) Ley 21.278</p> <p>Regula ensayos clínicos (13829-11)</p> <p>Cobro de multas (14.336-11)</p> <p>Venta de anticonceptivos sin receta (14161-11)</p>	<p>Reforma al FONASA (13178-11).</p> <p>Seguro catastrófico (12662-11).</p> <p>Enfermedades terminales y buen morir (12507-11) Ley 21.375</p> <p>Reforma al FONASA y Crea Plan de Salud Universal (13863-11)</p> <p>Reconoce a los cuidadores como sujetos de derecho a atención preferente de salud (12747-11)</p> <p>Muerte gestacional o perinatal (14159-11) Ley 21.371</p> <p>Establece derechos en ámbito de gestación, parto y sanciona violencia ginecóbstericia (12148-11)</p> <p>Crea el estatuto de aseguramiento, protección y promoción de la salud mental (14505-11)</p> <p>Protección de las personas del espectro autista (14549-35 y 14310-35)</p> <p>Discapacidad e hipoacusia (14455-35 y 14504-35)</p> <p>Elimina facultad de Isapres de solicitar declaración de Invalidez (13491-11)</p> <p>Reforma Constitucional para Incompatibilidad entre ser ejecutivo de ISAPRE y otros y tener inversiones en paraísos fiscales. (13722-07)</p>	