



INFORME DE LA COMISIÓN MIXTA, recaído en el proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional.

BOLETÍN N° 15.896-11

Constancias / Normas de Quórum Especial (si tiene) / Consulta Excma. Corte Suprema (si hubo) / Asistencia / Descripción de la controversia / Exposiciones previas (solo si hubo) / Acuerdos de la Comisión Mixta / Proposición / Texto / Acordado.

**HONORABLE SENADO,
HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS:**

La Comisión Mixta, constituida de conformidad a lo dispuesto en el artículo 71 de la Constitución Política de la República, tiene el honor de proponer la forma y modo de resolver las divergencias surgidas entre el Senado y la Cámara de Diputados durante la tramitación del proyecto de ley de la referencia, originado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font, con urgencia calificada de “discusión inmediata”.

El Senado, Cámara de origen, en sesión celebrada el 24 de abril del presente año, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 46 del Reglamento, designó como integrantes de la Comisión Mixta a los miembros de la Comisión de Salud, Honorables Senadores señora Ximena Órdenes Neira y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán, Sergio Gahona Salazar y Javier Macaya Danus.

A su vez, la Cámara de Diputados, Cámara revisora, el 25 de abril del presente año, designó como miembros de la Comisión Mixta a los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya y señores Andrés Celis Montt, Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco.

Previa citación del señor Presidente del Senado, la Comisión Mixta se constituyó el día 2 de mayo de 2024, con la asistencia de sus



miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. En dicha oportunidad, eligió por unanimidad como Presidente al Honorable Senador señor Macaya. Seguidamente, se abocó al cumplimiento de su cometido.

- - -

CONSTANCIAS

- **Normas de quórum especial:** Sí tiene.

- **Consulta a la Excma. Corte Suprema:** Sí hubo

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

A juicio de la Comisión Mixta, y en lo relativo a su proposición, son normas de rango orgánico constitucional el artículo 130 septies contenido en el numeral 3) del artículo 1º, en virtud de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 8º de la Constitución Política de la República, en cuanto impone el deber de realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses. Asimismo, el artículo 6º permanente, conforme al artículo 77 del mismo texto constitucional, por incidir en atribuciones de los tribunales. Ambas en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

Son normas de quórum calificado por referirse e incidir en materias de seguridad social los numerales 1), 2), 3), con excepción del artículo 130 septies que contiene; 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) y 12) del artículo 1º; los artículos 2º, 3º, 4º, 5º, 8º, 9º y 10 permanentes y los artículos transitorios cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo y undécimo en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18º de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

- - -



CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA

Cabe dejar constancia que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 77 de la Constitución Política de la República y en el artículo 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, la Comisión Mixta dirigió **oficio** a la Excelentísima Corte Suprema, con el objeto de recabar su parecer respecto de la siguiente norma contenida en el presente proyecto de ley, toda vez que dicha iniciativa incide en las atribuciones de los tribunales de justicia.

Norma consultada: artículo 6°, que propone S.E. el Presidente de la República en este trámite legislativo.

Se deja constancia que a la fecha del despacho del informe no se ha recibido respuesta de la Corte Suprema.

- - -

ASISTENCIA

- Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión:

Honorable Senadora señora Paulina Vodanovic Rojas.
Honorable Senador señor Rojo Edwards Silva.
Honorable Senador señor José García Ruminot.
Honorable Senador señor Gastón Saavedra Chandía.
Honorable Senador señor Matías Walker Prieto.

- Representantes del Ejecutivo e invitados:

Del Ministerio de Salud: la Ministra, señora Ximena Aguilera; la Jefa de Gabinete, señora Javiera Menay; la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña, y los Asesores, señora Consuelo Espinoza y señores Lorenzo Bascuñán; Jaime Junyent; Julio Muñoz; Manuel Pérez, y Sergio Sánchez.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Ministro, señor Alvaro Elizalde; la Subsecretaria, señora Macarena Lobo; el Jefe de Prensa, señor Felipe Vargas, y los Asesores, señoras Catalina Aninat; Sofía Fuentes; Bianca González, y Sofía Salvo, y señores Gabriel Aránguiz; Juan Manuel Badilla; Thomas Heselaars; Christian Valenzuela, y Miguel Vergara.

De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, señor Víctor Torres; el Fiscal, señor Jorge Dip; la Jefa de Comunicaciones, señora Ximena Gutiérrez, y la Asesora, señora Natalia Castillo.



Del Fondo Nacional de Salud: el Director Nacional, señor Camilo Cid; el Jefe de la División de Planificación y Desarrollo Estratégico, señor Matías Goyenechea, y el Jefe de Comunicaciones, señor Andrés Fuentealba.

De la Comisión para el Mercado Financiero: la Vicepresidenta del Consejo, señora Bernardita Piedrabuena, y el Director General Jurídico, señor José Antonio Gaspar.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: la Presidenta Nacional, Dra. Ana María Arriagada; el Vicepresidente Nacional, señor Iván Mendoza; el Secretario Nacional, Dr. Mauricio Osorio; el Abogado, señor Rodrigo Gaete, y la Jefa de Gabinete, señora Bárbara Palma.

De la Fundación Jaime Guzmán: el Asesor, señor Arturo Hasbún.

De Libertad y Desarrollo: el Director de Políticas Públicas, señor Pablo Eguiguren, y la Investigadora, señora María Trinidad Schleyer.

De la Universidad San Sebastián: el Académico, señor Patricio Fernández.

Del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián: la Directora de Estudios, señora Carolina Velasco.

Del Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN): la Directora Ejecutiva, señora Carolina Goic.

El Dr. Emilio Santelices.

- Otros (Asesores):

De la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Eduardo Goldstein.

De la Presidencia del Senado: la Jefa de Prensa, señora Rosario Pérez.

De la oficina del Senador Francisco Chahuán: señores Cristian Carvajal, Nicolás Cerda; Felipe Crespo; Luis Quezada, y Marcelo Sanhueza.

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señores Benjamín Rug y Cristian Livingstone.

De la oficina del Senador Juan Luis Castro: señora Teresita Fabres, la jefa de gabinete, señora Meggy López y los periodistas señora Paola Astudillo y señor Arturo León.



De la oficina de la Senadora Ximena Ordenes: señor Camilo Aguilera.

De la oficina del Senador Javier Macaya: señores Luis Mackenna y Carlos Oyarzún.

De la oficina del Senador Gastón Saavedra: señor Luis Batallé.

De la oficina del Senador Enrique Van Rysselberghe: señor Juan Paulo Morales.

De la oficina de la Senadora Claudia Pascual: señor Rodrigo Flores.

De la oficina de la Senadora Paulina Vodanovic: señores Guillermo Cubillos y Javier Sutil.

De la oficina del Senador Juan Ignacio Latorre, señora Rocío Olivares.

Del Comité RN: señores Sebastián Amado; Luis Saavedra y Octavio Tapia.

Del Comité PS: señor Cristian Durney.

Del Comité Republicanos: señor David Grossman.

De la oficina de la Diputada Ana María Gazmuri: señoras Consuelo Ramírez; Glenda Calderón, y Bárbara Fuentes, y señores Jorge Carroza y Benjamín Aguayo.

De la oficina del Diputado Andrés Celis: señora Pilar Rojas.

De la oficina del Diputado Tomás Lagomarsino: señora Cicely Sánchez y señor Luis Lindemann.

De la oficina de la Diputada Gael Yeomans: señora Valentina Sanz y señor Tomás Shejade.

De la oficina del Diputado Daniel Lilayu: señor Juan Palma.

De la oficina del Diputado Hernán Palma: señora Camila Soto.

Del Frente Amplio: señor Raúl Méndez.

- - -



DESCRIPCIÓN DE LA CONTROVERSIA

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional (Boletín N° 15.896-11), cuyo texto se puede consultar en:

<https://senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=32981&tipodoc=ofic>

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo diversas modificaciones al mencionado proyecto, todas las cuales fueron rechazadas por el Senado, en tercer trámite constitucional.

En consecuencia, la controversia entre ambas Cámaras se extiende a la totalidad de las modificaciones introducidas por la Cámara de Diputados al proyecto de ley.

- - -

EXPOSICIONES PREVIAS¹

Antes de abordar las discrepancias suscitadas entre ambas Cámaras del Congreso Nacional con ocasión de la tramitación de esta iniciativa legal, la Comisión Mixta debatió algunos aspectos relevantes.

¹ A continuación, figura el link de cada una de las sesiones, transmitidas por TV Senado, que la Comisión dedicó al estudio del proyecto:

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-para-boletin-n-15896-11-ley-corta/2024-04-29/100132.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-03/084123.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-03/131638.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-06/154350.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-03/084123.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-08/143425.html>

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/mixta/mixta/comision-mixta-boletin-n-15896-11-ley-corta-isapres/2024-05-08/151539.html>

Al inicio de la sesión, el **Honorable Senador señor Chahuán**, consideró relevante conocer el impacto que ha tenido para las Isapres la disminución del precio de Garantías Explícitas en Salud (GES), el efecto actualizado de las indicaciones financieras de dichas instituciones, si ha existido un aumento de la flexibilidad respecto de las garantías de ellas, con indicadores de situación financiera, y, por último, cuántas personas se han desafiliado de las Isapres y aún se les adeuda dinero. Expresó que, al igual que el Senador señor Gahona y el Diputado señor Celis, estima fundamental contar con dichos antecedentes a fin de tomar las decisiones adecuadas.

El **Honorable Senador señor Castro González** sostuvo que es clave que la información que entregue el Ejecutivo refleje el estado financiero actual del sistema de las Isapres, teniendo presente que hay seis que están afectas al fallo de la tabla única de factores. Aclaró que, en particular, se requiere tener conocimiento sobre la situación financiera después de la aplicación del GES, en especial, el flujo de devolución de garantías que la Superintendencia ha estado realizando, a fin de clarificar el escenario de vulnerabilidad del mecanismo.

Luego, señaló que en el fallo indicado el contexto sería desde diciembre de 2022, por lo que la migración de afiliados al día de hoy tiene un valor determinado, aun cuando la norma establece que dichas personas tienen derechos no obstante no tengan contratos vigentes.

Al mismo tiempo, en relación al reajuste del 10%, aprobado inicialmente en las Comisiones de Salud y Hacienda, no así en la Sala de la Cámara de Diputados, consultó por el fundamento de dicho guarismo y su afectación, así como en los gastos que ha habido en GES y Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), para estimar el riesgo financiero que Fonasa eventualmente pueda tener en caso de insolvencia de alguna de las Isapres.

Igualmente, consultó sobre el pronóstico basado en indicadores objetivos, flujos estimados hasta diciembre de 2024 con objeto de evaluar si verdaderamente existe la posibilidad de quiebra de las Isapres. Además, cómo afectan los análisis contables internacionales en aquellos casos en que tales entidades deben someterse a instituciones extranjeras.

Finalmente, expresó que debe haber exactitud respecto del monto actualizado final a mayo de 2024 del pasivo total a fin de estudiar adecuadamente la fórmula a establecer. En enero de 2023 la cifra era alrededor de mil cuatrocientos millones de dólares, pero han ocurrido muchas cosas durante estos meses.

El **Honorable Diputado señor Lilayu**, respecto del reajuste del 10%, consultó si a un afiliado de, por ejemplo, Consalud o Cruz Blanca, su

cotización podría incrementarse hasta en un 40%, como consecuencia de la falta de una propuesta de aplicación correcta de la tabla de factores.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** preguntó si con los elementos aprobados en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, que luego fueron rechazados por la Sala, como cambiaría el escenario desde el punto de origen, es decir, sin medidas de mitigación para implementar el fallo de la Corte Suprema.

El **Honorable Senador señor Chahuán** señaló que entiende que tal como está aprobada la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) no se podría implementar, puesto que Fonasa estaría impedida de crear un nuevo arancel de ese tipo. Apuntó que esta materia es importante de dilucidar para el caso de que el proyecto de ley no prospere.

La **señora Ximena Aguilera, Ministra de Salud**, en cuanto a las solicitudes de información financiera y cifras, indicó que el Superintendente hará una detallada exposición.

A pesar de lo antedicho, sostuvo que, efectivamente, existe el riesgo financiero de colapso del sistema producto de la aplicación de los fallos, como reconoce el mensaje presidencial de la iniciativa, razón que llevó a presentar el proyecto de ley. Indicó que si no ha habido quiebra de las Isapres se debe a que el Ejecutivo ha tomado las medidas adecuadas para mitigar el efecto de las sentencias, con el apoyo del Parlamento, por ejemplo, se adelantó el reajuste anual GES y se compensó la suspensión de cotización de los menores de dos años mediante el cobro a todos los afiliados.

Continuando, señaló que el Ejecutivo considera que con los mecanismos que se han incorporado al proyecto el riesgo de colapso se mitiga. Sin perjuicio de ello, sostuvo que se requiere un esfuerzo de la industria para llegar a un estado de total estabilidad del sistema.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** contextualizó que, si bien las Isapres no han colapsado, ha sido por diversas razones: hubo dos procesos de alza que permitieron ir mejorando la situación que originalmente tenían al momento del primer fallo, la adecuación precio base 2022, 2023 y 2024, en que se modificaron algunos factores, como la implicancia que tenía en el cálculo del Índice de Costos de Salud (ICSA) el precio de Fonasa con su modalidad de libre elección. También, se observó un alza relevante en la prima GES, logrando que complementen las pérdidas que tienen por sus planes complementarios. Esta alza se concretó en la cotización de diciembre de 2023 y es del orden del 12%.

Además, al haber adelantado la adecuación precio base 2024, se produjo un alza de un 3,3% de mayores ingresos, lo que se verá reflejado a partir de la cotización de marzo y que se paga en abril.

Por otra parte, informó que existen otras medidas extra contables que son propias del sistema que han ido colaborando, pero sin modificación de los indicadores.

En segundo lugar, explicó que, cuando al Ejecutivo se le solicita información actualizada, la institución que lidera realiza una supervigilancia de estados financieros trimestrales, que es cuando se validan los resultados mensuales. De hecho, por ejemplo, el día de ayer entregaron la información de diciembre de 2023 validada. Sin perjuicio de ello, expresó que las magnitudes de los antecedentes que se van a exhibir son similares a los que se observan hoy en día.

Luego, manifestó la total voluntad de parte de la Superintendencia para aclarar interrogantes, participar en todas las instancias que sean necesarias y reunirse con los asesores parlamentarios en las oficinas de la Superintendencia.

El **Honorable Senador señor Macaya** expresó que comprende que ciertos datos son sensibles y podrían tener impacto en los mercados, pero, por otro lado, esos antecedentes se requieren para efectos de legislar. Preguntó si esa es la razón detrás del ofrecimiento de sostener reuniones en la Superintendencia.

El **Honorable Senador señor Castro González** sostuvo que, en vista de que esta es la Comisión Mixta, es esencial conocer todos aquellos datos sensibles y que el Ejecutivo podría solicitar que se lleve a cabo una sesión secreta.

El **Superintendente** indicó que, efectivamente, hay información sensible, pero será entregada en esta jornada². Aclaró que la prevención realizada anteriormente se traduce en que algunos elementos requerirán más tiempo para ser explicados adecuadamente, fundamento que subyace al ofrecimiento de que los equipos técnicos se reúnan en dependencias de la Superintendencia, de manera complementaria a lo que se llevará a cabo en esta sesión.

A continuación, exhibió los resultados de las Isapres abiertas al 31 de marzo de 2024, los cuales aún no son oficiales ni públicos, pues lo serán a fines de mayo, luego de validar los antecedentes. Señaló que, durante febrero, habitualmente, los resultados son positivos, puesto que disminuye el uso de las prestaciones. Pero en marzo, se comienza a observar resultados

² Documentos presentados: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#).

negativos. Apuntó que esto fue alertado por el Ejecutivo como una de las consecuencias de la aplicación de la sentencia GES.

Además, indicó que durante marzo de 2021 y 2022 se generó la imposibilidad de alzar los precios base, por la ley N° 21.350, por lo que se acumularon pérdidas, tal como manifiestan los gráficos. En 2023, hubo una recuperación del sistema, pero aun con resultados negativos, no obstante, la industria cierra con resultados positivos del orden de los siete mil millones, más solo fundado en productos de dos de las siete Isapres abiertas. En el año 2024, el efecto de la disminución de ingresos producto del GES más el aumento de la tasa de uso, generó un resultado negativo de trece mil millones de pesos.

En seguida, exhibió gráficos sobre la evolución de resultados de Isapres abiertas entre abril de 2023 y marzo de 2024 y el detalle de ganancias y pérdidas de cada una de ellas. Observó que a marzo de 2024 hay tres Isapres con resultados positivos, aun cuando el sistema en general tiene un déficit de trece mil millones de pesos.

A continuación, se refirió a las proyecciones financieras a junio de 2024 de las Isapres abiertas, advirtió que no son elementos de certeza porque el comportamiento se conoce una vez que ellas han entregado la ejecución de sus estados financieros. Asimismo, comentó que las proyecciones más extensas no son recomendables en este rubro.

En ese contexto, exhibió un cuadro que muestra la proyección de porcentaje de ingreso a aplicar por cada Isapre, sus ingresos operacionales, las cotizaciones no percibidas por el fallo de noviembre de 2022 y las cotizaciones no percibidas por menores de dos años.

Luego, se realizó un análisis sobre resultados acumulados del sistema entre enero y junio de 2024, e informó que se proyecta una pérdida acumulada de catorce mil millones.

El Honorable Senador señor Macaya solicitó información sobre la deuda de los prestadores.

El señor Víctor Torres, Superintendente de Salud, explicó que al evaluar la deuda de los prestadores se debe tener presente que, al 31 de marzo de 2024, hay una deuda de prestadores individuales de cinco mil millones de pesos, que representa el 2,61% de la deuda facturada, y doscientos diez mil millones de pesos para con las instituciones, lo que suma un total de doscientos quince mil millones de deuda acumulada a marzo de 2024. Los prestadores individuales imputan gastos directamente, pero también a través de los cobros institucionales.

Igualmente, indicó que se debe tener presente que existen los IBNR (*Incurring but not reported*), es decir, una provisión por toda aquella deuda que no es conocida, porque son prestaciones que, habiéndose ejecutado, aún no se conoce su valor, porque está en proceso de facturación y validación. Recordó que el IBNR tuvo un aumento significativo a partir del año 2020.

El **Honorable Senador señor Castro González** sostuvo que le parece que 7.357 prestadores individuales son pocos respecto al volumen de médicos que emiten prestaciones para Isapres.

El **Superintendente** respondió que se trata de prestaciones que, en forma individual, se van imputando a las Isapres, no así las que se hacen a través de instituciones, por ejemplo, las de las clínicas.

El **Honorable Senador señor Castro González** preguntó cuánto es el porcentaje de subvaloración de la deuda individual, a lo que el **Superintendente** contestó que no hay certeza porque la entidad no tiene acceso a los estados financieros de los prestadores.

Luego, el **señor Víctor Torres** señaló que, al 31 de marzo, hay garantizados 309 mil millones de pesos. Sostuvo que este tipo de deuda siempre varía y que en algún momento ha llegado a más de seiscientos mil millones.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** observó que cuatro de las siete Isapres están operando con pérdidas y preguntó cuántas de ellas se proyecta que colapsen durante este año. Solicitó información sobre el número de personas afiliadas a esas cuatro instituciones, lo que es importante en cuanto a las repercusiones para el sistema público. Comentó que tiene antecedentes de unos 71 millones de dólares de una de las Isapres que entraría en quiebra y que recargaría el erario público.

El **Honorable Senador señor Macaya** reflexionó que los propios prestadores asociados en los diferentes gremios, han manifestado que la deuda es mayor que la informada por el Superintendente.

El **Superintendente** aclaró que no se ha manifestado que quebrarán esas Isapres.

Además, sostuvo que el momento en que se hace el análisis es muy relevante. Así, cuando los prestadores decían que la deuda ascendía a 650 mil millones de pesos, la Superintendencia declaraba 500 mil millones de pesos de garantía.

Por otra parte, expresó que su entidad no tiene cómo saber de qué modo los prestadores realizan el levantamiento de la información, debido

a que ellos no están sometidos a la Superintendencia, pero se conjetura que dichos antecedentes emanan de las altas médicas y de lo que los prestadores facturan a las Isapres.

Lo que la Superintendencia maneja son los datos aportados por las Isapres, respecto de sus deudas conocidas, y la proyección que se realiza por la provisión para absorber las deudas no conocidas.

El **Honorable Diputado señor Celis** preguntó qué se entiende por deuda provisionada y comentó que, teniendo presentes los números aportados, la cantidad de prestadores y la falta de fiscalización sobre ellos, es posible visualizar que no resultará la modalidad de cobertura complementaria que se ha discutido para Fonasa.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** destacó la urgente necesidad de que la institución que lidera supervigile los estados financieros de los prestadores. Además, señaló que la fiscalización sobre las Isapres está bien absorbida por su entidad.

Por otro lado, expresó que el cálculo a que hizo alusión el Diputado señor Lilayu se refiere a los pacientes Garantías Explícitas en Salud (GES) y Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), pero de la totalidad del sistema y no respecto de cada una de las Isapres. Indicó que los riesgos de quiebra de las Isapres existen.

El **Honorable Senador señor Chahuán** expresó que los prestadores han planteado que la deuda con ellos asciende a 650 mil millones de pesos; además, se informa que Fonasa adeuda 290 mil millones, entonces da para pensar que la situación es realmente crítica.

Por su parte, el **Superintendente de Salud, señor Torres** aclaró que en primer lugar se debe tener presente la temporalidad, puesto que en esta ocasión se está presentando una actualización de la deuda, la que probablemente irá aumentando si se analiza en otro momento del año, dado el carácter estacional del comportamiento. Detalló que, durante los meses de enero y febrero, las cifras resultan azules porque disminuye la tasa de uso de las prestaciones, por lo tanto, durante ese tiempo se acumula una menor deuda.

Por otro lado, hizo hincapié en que la cifra que señalan los prestadores no puede ser verificada, toda vez que la Superintendencia de Salud no cuenta con la potestad para supervigilar sus estados financieros. De esta manera, acotó que el monto total de la deuda resulta ser incierto al estar aún los prestadores en proceso de pugna con las Isapres, respecto de cuanto se deben entre sí.

El **Honorable Diputado señor Lilayu**, comentó que si bien un sector político confía en que si caen las Isapres no sucederá nada, se mostró en contra de tal posición, instando a prever el impacto que tendría en las personas si efectivamente aconteciera.

En cuanto a la evolución de la cartera, el **Superintendente de Salud, señor Torres** dio cuenta de una disminución en la cantidad de cotizantes desde el año 2020 hasta la fecha, lo que, extrapolado a beneficiarios, se traduce en 2.700.000 de ellos adscritos al sistema de salud privado.

En lo que atañe particularmente a la variación en la cartera de cotizantes mensual y 12 meses, explicó que se concentra una variación negativa durante los últimos años, específicamente durante el 2022 y 2023, donde se muestra una importante caída de cotizantes del sistema.

Enseguida, se refirió a las cotizaciones no percibidas a raíz del fallo de noviembre de 2022, exponiendo que -en el porcentaje de los ingresos operacionales- se traduce en el neto de 8,3% y, en el caso de las no percibidas por menores de 2 años, se encuentra compensado al haberse aprobado esta prima adicional en la ley de reajuste.

Sobre los indicadores legales en un escenario base de Isapres, exhibió una proyección a junio del año 2024, donde se muestra el cumplimiento del indicador de liquidez en el caso de todas las Isapres y el incumplimiento eventual de una de ellas. Sobre el particular, sostuvo que muchas veces se aprecian cifras que están muy cercanas o bordeando el indicador de patrimonio o de liquidez, las que a lo largo del tiempo se comienzan a corregir, dependiendo en gran medida de las decisiones de los directorios de las mismas instituciones de salud previsional.

A continuación, aludió al impacto por cambio de tabla única de factores si esta comenzara a utilizarse durante mayo de 2024. A su juicio, se generaría un detrimento en el indicador de liquidez y de patrimonio en una Isapre durante dicho mes, para ya en el mes siguiente, se estima que dos Isapres muestren incumplimiento.

En la lámina siguiente, detalló que se pueden observar los contratos favorecidos y no favorecidos con la aplicación de la tabla única de factores. Recordó que existe un universo de contratos, los que una vez aplicada la tabla se podrían ver o no beneficiados, porque algunos como efecto, tendrían un alza en sus valores, mientras que, para otros, se verificaría una baja. En ese sentido, adujo que aquellos que tienen un alza no se modifican, frente a los que tienen una rebaja, que sí estarían sujetos a modificación, siendo estos últimos los que generan la diferencia en la deuda.

La **autoridad gubernamental** ahondó en que la primera acción del proceso es la aplicación de la tabla única de factores, y a través de ello se mide cuantos contratos podrían ser favorecidos, lo que a su vez determinaría eventualmente la deuda que se genera. De este modo, confirmó que el sistema tiene un total de 1.256.000 contratos con tablas antiguas, de los cuales el 54% se verá favorecido.

Seguidamente, afirmó que si los ingresos menores de las Isapres han disminuido desde un 12% a un 8% producto del 3,3% que está aportando hoy en día la adecuación precio-base, se va a llegar a cerca de un 20% menos de ingresos del sistema una vez que se aplique la tabla única de factores, destacando que la tasa de uso va a ir aumentando a medida que comienza la época invernal. Enfatizó que lo más preocupante -más allá de la deuda- es cómo se compensa el flujo a futuro.

En lo tocante a la estimación de las alzas extraordinarias, puso de relieve que la disminución de los gastos de administración y venta (GAV) en 10% es algo teórico, porque la intención es subsumir en el ejemplo de la gráfica, los esfuerzos que tienen que hacer las Isapres para poder aumentar su eficiencia, de modo tal de no traspasar toda la carga a las personas mediante las primas.

Luego, comentó respecto de la caracterización de los contratos con cotizaciones superiores al 10%. Sostuvo que se genera una prima porque permite tener un cálculo mejor en términos de comprensión del mismo, sin incidir en el precio base. Por otro lado, planteó que el Senado propone como desafío al Ejecutivo el poner un tope a esa prima, por lo que se debió calcular cuál era el escenario que permitiera poder truncar las alzas y que tuviera el menor impacto en el sistema. Sin embargo, constató que, a pesar de lo anterior, se verificará un porcentaje de contratos desfinanciados, lo que se traduciría en el esfuerzo que deben hacer las Isapres para poder compensar.

Junto con ello, resaltó que, dado que la realidad de cada Isapre es distinta, estas podrán compensar según sus capacidades. Acotó que los fallos también resultan ser diferentes, ya sea por la composición de sus carteras; la manera en que cada una ha aplicado las tablas de factores antiguas, y por el impacto generado de los ingresos menores del GES.

Como síntesis del escenario con piso de 7% de contratos vigentes, apuntó a que existe una Isapre en particular, que tiene la mayor cantidad de contratos descompensados producto de la estructura de sus precios, lo que contribuyó a establecer el 10% como techo máximo.

Para finalizar su exposición, subrayó que la actualización de la deuda con la cartera se remite a noviembre de 2023. Reiteró que la forma de cálculo original de la misma consideró las carteras desde el mes de

diciembre de 2022 hacia atrás, siendo un cálculo retrospectivo. Por el contrario, recalcó que, en el cálculo prospectivo, se tomó un mes y se replicó hasta seis meses, puesto que este último era el plazo original con el que se contaba para dictar la ley. No obstante, aclaró que ese cálculo ha ido variando por el tiempo que ha pasado y que hoy ha pasado a convertirse en un cálculo en retrospectiva.

Sentenció que lo que nos entrega esta información son ordenes de magnitudes y no valores precisos, por lo que estos se tendrán una vez que se aplique el fallo.

El **Superintendente de Salud** comentó que la actualización de la deuda está con la cartera a noviembre de 2023, porque hay dos Isapres que ayer entregaron la información, que se está validando.

Explicó que el cálculo original de la deuda consideró la cartera desde el mes de diciembre del año 2022 hacia atrás, con un cálculo llamado retrospectivo. Era un cálculo con cifras conocidas, por tanto, no varía, porque esa era la realidad que se sabía. Distinto al cálculo prospectivo, donde se tomó un mes y se replicó hasta seis meses, porque originalmente, era el plazo que existía para tramitar este proyecto de ley, lo que ha ido variando y actualmente, el cálculo es a noviembre del 2023, que es exacto y que muestra la nueva deuda retrospectiva y de ahí en adelante, se volvió a repetir el ejercicio prospectivo. El ejercicio prospectivo, como no absorbe las variaciones es más impreciso.

Señaló que lo que entrega esta información, son órdenes de magnitudes, no son valores precisos ni exactos. Esos valores tendrán esa calidad en el momento en que se implemente la sentencia, porque se solicitará a las Isapres entregar en cada contrato, los montos para que la Superintendencia las verifique.

Sin perjuicio de lo indicado, el orden de magnitud permite, por una parte, conocer la dimensión de la deuda. Recordó que, si se diera una cifra exacta, tendrían que provisionarlo las Isapres y no tendría sentido esta discusión, toda vez que caería en incumplimiento inmediato tanto por los indicadores, fundamentalmente de patrimonio, como también, el patrimonio inicial, que es la quiebra técnica.

Informó que se han manejado dos cifras, porque realizaron una lectura literal del fallo que establecía las diferencias que se generaban a propósito del precio pactado. Hay varios contratos que están pactados por debajo del 7%, generó excedentes y fueron devueltos, por tanto, el segundo ejercicio que realizaron fue a propósito de lo señalado en el proyecto de ley, que consiste en restar aquello que ya fue devuelto del ejercicio original para poder ajustar la deuda finalmente. Igualmente se presentan los dos escenarios.

Indicó que los montos están expresados en UF y en pesos, recordó que nunca han dado resultado en dólares, porque la conversión es variable y porque la deuda se va generando en UF y se va actualizando.

En el primer ejercicio, sin hacer el descuento, se obtiene la cifra de 1 billón 485.000 millones de pesos. Por otra parte, si se aplica el ajuste que explicó recientemente, que va a depender de la ley, el cálculo frena en 1 billón 168 millones de pesos a noviembre de 2023.

La deuda prospectiva que se había calculado, era la réplica de un mes multiplicado por seis meses, en cambio, en el otro escenario, está el ejercicio real, hay personas que tenían las tablas únicas o planes se han ido, por tanto, la deuda va parando en esos casos.

El **Honorable Senador señor Chahuán** consultó si la prima absorbe el pago de la deuda o solo compensa flujo futuro. Señaló que es importante afinar la deuda y manifestó comprender que hay un elemento temporal, pero en algún minuto se debe fijar una cifra.

El **Superintendente de Salud** respondió que ambas cosas, pero tienen un techo y recordó que el techo al truncar, hace que no se traspase al valor final del plan.

El **Honorable Senador señor Chahuán** manifestó que, a mayor deuda, habrá un incremento de precio y la otra preocupación es que se están descremando las Isapres, porque los jóvenes sanos migran y solo se quedan las personas cautivas, que son aproximadamente 2.700.000 beneficiarios y 1.700.000 cotizantes.

El **Honorable Senador señor Castro González** observó que falta una propuesta del Ejecutivo que le de facultades a la Superintendencia de Salud para supervisar a los prestadores. Recordó los graves problemas surgidos en clínicas, porque no tienen las facultades que deben ser otorgadas por ley, por lo que sugirió que presenten un proyecto de ley para tener la visión verdadera de lo que ocurre en las clínicas y no hay polémica de no saber la magnitud real de la deuda.

Manifestó que si hay una tendencia a la caída en 300.000 cotizantes y los flujos que ha dado a conocer el Superintendente indican que en el próximo mes habría dos Isapres que no cumplen los indicadores de liquidez. Si la deuda creció en 0,5 billones de pesos en relación a lo que se conoció hace un año atrás y actualmente hay una situación precaria, con una tendencia de colapso de algunas Isapres, con efecto sistémico, deberían hacerse cargo de esta realidad dramática e inestable y se logre, mediante este último trámite legislativo, solventar una situación donde interesa el

respeto a los fallos judiciales, sostenibilidad del sistema y que ninguna persona quede descubierta en salud.

Dio a conocer su inquietud por tratarse de una deuda muy superior a lo que se imaginaban. Era una deuda de 1 billón y ahora es de 1 billón y medio de pesos, sin considerar un tema que no está resuelto en el Congreso Nacional, que es el piso del 7%, que fue rechazado por la Cámara de Diputados.

En ese contexto, sugirió precisar lo antes posible la adecuación de precio base, el impacto GES, en caída de ingreso, la mejora del cálculo del Índice de Costos de Salud (ICSA), la inminencia del fallo de tabla de factores, luego del 12 de mayo de este año y el reajuste de la prima extraordinaria, después. Al menos 4 variables en el flujo de enero a mayo y a junio, cómo queda el escenario en ese vaivén de alza y baja de ingresos y cotizaciones para efecto del flujo y los indicadores de liquidez, que se señale si efectivamente se va a extender a más de esas dos Isapres, que son Banmédica y Cruz Blanca, que son, además, de consorcio internacional.

La **señora Ministra** manifestó comprender que presentar cifras es una situación que va evolucionando en el tiempo y puede generar confusión. Recordó que en sesión del Senado y habiéndose aprobado el artículo octavo, la deuda era de menor cuantía. Lo que ha presentado el Superintendente es la deuda sin ese artículo y sin la reposición de lo que estaba en el artículo 2°, que consideraba el piso de cotización legal.

Por eso al ver el escenario en la cual se reponen las condiciones similares a las que había al aprobar el proyecto en el Senado en el mes de enero, la deuda vuelve a ser una magnitud un poco mayor, por el tiempo, pero no de una cuantía totalmente distinta. Comentó que, en cada instancia, en la Comisión de Salud y en la de Hacienda de la Cámara de Diputados, cuando se consultó al Superintendente la cuantía de la deuda, dijo que supera el billón de pesos.

Respecto a la situación de las dos Isapres que se consulta, recordó que los balances no reconocen el ajuste y el reajuste adelantado que se solicitó al Congreso Nacional, para responder a esa situación, porque tenían proyectado que sin adelantar el reajuste tendrían dos o tres Isapres con indicadores en rojo y en una acción propositiva del Ejecutivo, que fue discutida en la ley de reajuste, para aprobar el adelanto del reajuste anual, lo que da tiempo para aprobar este proyecto de ley.

Hay voluntad del Ejecutivo de reponer el hecho de que en el artículo 2°, como estaba propuesto originalmente, no se les devuelva nuevamente a las personas que ya se les pagó vía excedentes, una diferencia en relación a la cotización legal, a tener contratos por debajo de la cotización legal.

El **Honorable Senador señor Macaya** manifestó su preocupación de tener que hacer un esfuerzo sobre humano de parte de la Superintendencia para hacer este trabajo de información, asume que debiera manejar con fluidez la información con la tecnología que existe actualmente.

Se ha dicho que en el cumplimiento del fallo no se puede legislar respecto a ciertas cosas que estén por encima del espíritu del fallo. Cuando se ha planteado la mutualización o la propuesta de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile (FEN) como soluciones en la interpretación del monto de la cuantificación total de la deuda, se ha dicho que no estaría dentro de lo establecido en el fallo y siguiendo esa premisa, tampoco estaría dentro del espíritu del fallo, por ejemplo, hacer la diferenciación del piso del 7%.

Señaló que no pondría ese límite de la forma de cumplir el fallo, porque si se encuentra una solución legislativa, para no perjudicar a las personas que están afiliadas al sistema de Isapres, así como a los afiliados al sistema público, estarían cumpliendo con su mandato.

Consultó por el precio promedio que pagan actualmente las personas y cuál sería el aumento porcentual que requeriría cada Isapre para recomponer el equilibrio financiero pre fallo.

Tiene la impresión de que es más impopular cobrar un aumento porcentual que puede ser superior al 10%, que asumir que tiene un crédito a su favor de una Isapre que eventualmente va a quebrar.

Cuál es el aumento que requeriría cada Isapre para recomponer el equilibrio financiero y cómo la propuesta del Ejecutivo, resuelve esto sin mutualización y sin la propuesta de la FEN.

Por otra parte, requirió saber lo que sucede con las deudas que tienen las Isapres con los afiliados. Se ha dado que hay afiliados que actualmente van a ciertos prestadores que deben pagar directamente y luego, se les reembolsa lo pagado y no se sabe si el reembolso adeudado está considerado.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó al Superintendente donde está reflejado, dentro de su presentación, el alto costo de licencias médicas o subsidio de incapacidad laboral. Consideró que es un dato relevante en las alzas de costo del sistema.

Preguntó por el flujo de garantías que ha emitido la Superintendencia en los últimos seis meses, de modo tal de aclarar, cómo ha podido soportar el sistema de Isapres los indicadores, a partir de la devolución de garantía.

Enseguida, junto con solicitar la fórmula que se va a aplicar en la ley para alcanzar el equilibrio financiero, requirió saber la medida de contingencia para hacer frente a la falta de liquidez de al menos dos Isapres.

Respecto de los prestadores, preguntó de qué manera se puede habilitar a Fonasa a dar viabilidad para evitar el efecto negativo de la falta de pago de deuda hacia los prestadores, clínicas en este caso. De manera que Fonasa pueda tomar un rol para mitigar la afectación que habrá hacia los prestadores producto de la situación financiera de las Isapres que se ha dado a conocer.

El **Honorable Diputado señor Celis** consultó al Ejecutivo si se ha activado el mecanismo de resolución del tratado de libre comercio y si alguna de las aseguradoras ha pedido compensación al Estado. Recordó que muchas de estas Isapres tienen un capital importante que es extranjero.

Consideró además que se debe pedir más prorroga a la Corte Suprema para la fecha de cumplimiento del fallo y poder tramitar el proyecto de ley con el tiempo debido.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** consultó al Superintendente si está preparado el equipo para tener que intervenir las Isapres, se debe poner en todos los escenarios y en ese contexto consultó si hay suficiente dotación. Creen que sería posible estabilizar el sistema ampliando el control estatal.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó que hará el Ejecutivo si se cae el artículo 2° del proyecto de ley, que contiene la deuda y el plan de devolución.

El **Honorable Senador señor Chahuán** solicitó que las propuestas del Ejecutivo, vayan acompañadas con una simulación financiera, porque sería óptimo conocer los efectos que se producen con cada una de las indicaciones y qué ocurriría con una proyección de disminución de licencias médicas falsas o fraudulentas.

El **abogado asesor del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez**, explicó en lo que consistirán las propuestas del Ejecutivo, particularmente en el contenido del artículo 2°, numeral 2), nuevo, se aclara que, en el proceso de cálculo de montos cobrados en exceso y montos por devolver, no puede ser considerado los excedentes que ya fueron entregados a las personas para que no exista un doble pago.

El artículo continúa con el texto aprobado por las Comisiones de Salud y Hacienda de la Cámara de Diputados.

El artículo 3°, el Ejecutivo tomando el texto aprobado en las Comisiones de Salud y Hacienda de la Cámara de Diputados realiza algunas diferencias, por ejemplo, en el literal c) que define las primas extraordinarias para que quede claro lo que abarca y lo que considera, cuya idea principal, es el equilibrio financiero.

El **Honorable Senador señor Macaya** solicitó que la Superintendencia que se haga una simulación del monto en el que subirán los planes en cada una de las Isapres por efecto de la prima extraordinaria contenida en el artículo 3°.

El **Superintendente de Salud** aclaró que al hablar de una prima no hay una variación porcentual, ahí hay una diferencia, porque al hablar de variación porcentual, va hacia el precio base, que varía hacia porcentualmente la prima a un precio, que se calcula por UF, por beneficiario, a diferencia del precio base, que es por contrato.

Porcentualmente, pusieron un techo, explicó que funciona, colocando la prima y si el valor de esa prima supera en un 10% lo que se le descontó en el mes de junio del año 2023, se trunca. Si está por debajo, no se trunca. Explicó que en algunos casos van a tener planes que tendrán un valor menor que en julio del 2023 y otros el mismo valor y otro por sobre ese valor.

A continuación, el Ejecutivo presentó propuestas de solución de controversias, contenidas en el [Oficio N° 071-372](#), de fecha 6 de mayo de 2024.

El **Honorable Senador señor Chahuán** puso énfasis en que el proyecto guarda directa relación con el equilibrio financiero del sistema y con la sanción al otorgamiento o uso de licencias médicas falsas o fraudulentas.

Además, aseguró que la propuesta es insuficiente para resguardar la posibilidad de que los pacientes que actualmente padecen enfermedades raras o poco frecuentes o tratamientos de alto costo, puedan cambiarse de Isapre en caso de un alza del costo de los planes.

La **Honorable Diputada señora Gazmuri** recordó las dificultades que ha enfrentado la tramitación del proyecto de ley en estudio en ambas Cámaras, y también para el Ejecutivo, afirmando que la propuesta intenta facilitar un proceso que no es responsabilidad del Ejecutivo, sino de las propias Isapres. Por tanto, hizo un llamado a avanzar en la tramitación, teniendo en cuenta que ya se conoce el contenido del proyecto y las diferencias existentes entre los diversos sectores.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Macaya** afirmó que la Comisión Mixta no está obligada a cumplir un fallo, por tanto, esta instancia

legislativa solo ha intentado poner ciertas herramientas a disposición para procurar el equilibrio y subsistencia de un sistema.

El **Honorable Diputado señor Celis** precisó que esta materia involucra a más de 2 millones de usuarios de Isapres, y también a más de 6 millones de pacientes Fonasa, quienes ven en peligro la subsistencia de sus prestadores privados, por tanto, no se trata solamente de las Isapres.

A continuación, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** presentó la propuesta del Ejecutivo para solucionar las discrepancias, acompañada de un [documento en formato PowerPoint](#), adelantando que abordará temáticamente el texto propuesto.

1.- En primer lugar, se refirió al Fondo Nacional de Salud (FONASA), recordando que respecto a la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) y al Fonasa no hay discrepancias de fondo, y en ambos trámites se aprobó, lo que implica:

- Existencia de MCC de Fonasa y sus principales características.

- Dotación de 26 personas para el Fonasa.

- La facultad del Fonasa para reclasificar de oficio a los pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A cuando dejen la condición de cotizantes.

- Continuidad de las atenciones GES y de las decretadas por sentencia judicial de los afiliados cuya Isapre cae en insolvencia.

Además, señaló que existen algunas enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, que se sugieren mantener para un mejor funcionamiento de la MCC:

- La que difiere la implementación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en la MCC.

- La posibilidad de que la prima de MCC pudiera enterarse por los empleadores y que pueda existir descuentos en la prima por grupo familiar.

- La reposición del artículo, rechazado en el Senado, que aseguraba la continuidad de los tratamientos de las personas con CAEC activado.

2.- Consejo Consultivo: recordó que en el Senado se aprobó la creación de un Consejo Consultivo de carácter permanente, mientras que en la Cámara de Diputados se le dio el carácter de transitorio.

Al respecto, el Ejecutivo sugirió aprobar un nuevo texto que recoja las enmiendas introducidas por la Cámara, con las siguientes modificaciones:

-Mantener la dieta de los consejeros aprobada en el Senado, cuantificada en UF.

-Se resuelven las referencias a la Alta Dirección Pública, al pasar a ser un órgano transitorio.

-Se suprime el nombramiento por parte de los Ministros de Estado. El nombramiento será mediante nomina propuesta por el Presidente de la República y aprobada por ambas Cámaras.

Asimismo, sugirió aprobar la propuesta de la Cámara de Diputados que incorpora un proceso de verificación en la definición de las primas GES por parte de las Isapres (análogo a la verificación del ICASA). Sobre este punto, recordó que en el Senado el Ejecutivo propuso incorporar la facultad para que la Superintendencia de Salud pudiera verificar las alzas de la prima GES, ya que fue una situación que se judicializó en gran cuantía a raíz del último decreto, pero no fue aprobada debido a diferencias en la redacción. Así, durante el trámite ante la Cámara de Diputados, se mejoró la redacción y fue aprobada la propuesta, por lo que invita a mantenerla.

3.- Cumplimiento de sentencias: informó que en la propuesta se repone el artículo 2° del proyecto aprobado en el Senado, mejorando la redacción a fin de incluir las siguientes materias:

-Se explicita que la adecuación de los planes a la nueva tabla debe ocurrir simultáneamente con el ajuste de los planes vigentes al 7%, de manera de impedir que exista una situación de desequilibrio financiero producto de la tabla y se compense con la regulación que lleva la regla de seguridad del 7%.

-Se aclara que el cálculo de las devoluciones no debe considerar los montos ya restituidos mediante el régimen de excedentes durante el período en cuestión, es decir, desde la sentencia a la fecha.

Anunció que también se repone el artículo 3° del proyecto aprobado en el Senado, mejorando la redacción a fin de incluir las siguientes materias:

-El alza extraordinaria se materializará mediante una prima extraordinaria (en oposición a modificación de precio base), explicitando que se consideran costos operacionales, no operacionales y medidas de contención de costos. Explicó que esta es una modificación introducida por el Ejecutivo en la Cámara de Diputados, estimando que era más claro para especificar cuál sería el efecto en los contratos, dado que anteriormente

consideraba solo el precio base, que es uno de los tres componentes del precio pactado, lo que generaba confusión para los usuarios.

-Se incorpora un techo a la prima extraordinaria (10% de los contratos a julio 2023).

-Pago preferente a mayores de 65 años, incluyendo una preferencia aún mayor para los mayores de 80 años, considerando el plazo de los 10 años como marco de pago para la deuda completa.

-Se incluye la posibilidad de pago anticipado voluntario mediante transacciones, fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, en respuesta a lo solicitado por parlamentarios de Gobierno.

Finalmente, señaló que también se repone el artículo 4°, sobre prohibición de retiro de utilidades mientras el plan de pago está en ejecución, con mejoras de redacción, y en el artículo 5° del proyecto de ley, sobre cumplimiento de indicadores. Explicó que se agrega que la deuda tampoco se considerará a fin de la determinación del patrimonio mínimo de las Isapres, aclarando la redacción anterior en el sentido de que se trata de evitar la quiebra técnica, con el objeto de no intervenir a las Isapres.

Concluyó su intervención señalando que el Ejecutivo se ha visto motivado por la responsabilidad para proponer todas las medidas señaladas, respetando lo aprobado en ambas Cámaras, esperando que se genere un dialogo fructífero que permita la aplicación de la sentencia con un proyecto de ley que equilibra adecuadamente las obligaciones de un fallo justo, que busca detener cobros que la Corte Suprema consideró excesivos.

Seguidamente, la Comisión escuchó a la **Presidenta del Colegio Médico (COLMED), señora Anamaria Arriagada**, quien proyectó una [presentación en PowerPoint](#).

Se refirió a 3 puntos fundamentales: presencia del Colegio Médico (COLMED) en la discusión, importancia de lograr un acuerdo y propuestas del COLMED en la materia.

Sobre el primer punto, comentó que el COLMED ha estado presente desde el inicio de la discusión a través de declaraciones públicas, declaraciones en conjunto con otras instituciones, participación en columnas de opinión, acuerdos adoptados en el Consejo General y en la Asamblea, entre otros.

En relación al segundo punto, realizó un análisis de las consecuencias sistémicas de aplicar el fallo de la Corte Suprema sin la entrada en vigencia de la Ley Corta que se está discutiendo. Recordó que el sistema de salud en Chile es público y privado, y expresó que valora las

fortalezas de ambos. Sin embargo, puntualizó, ha habido aumento en los tiempos de espera, cuestión que muchas veces se resuelve a través de un segundo prestador, lo que puede afectar a muchos pacientes; existen 300.000 pacientes crónicos de Isapres, cuya continuidad de tratamiento depende de que el sistema se mantenga. Añadió que Fonasa y la red pública de salud no está en condiciones de resistir la sobrecarga de pacientes.

A continuación, afirmó que el presupuesto de Fonasa del año 2024 son 12 billones de pesos y que existe una brecha que no es capaz de resolver esta institución. Aclaró que, lo anterior, se soluciona a través de la modalidad libre elección o de compra al sistema privado, que suma 1,6 billones de pesos, e insistió que el sistema público no es capaz de resolver esta brecha y que es necesaria cada cama del sistema privado.

En cuanto a la afectación de prestadores privados, expresó que estos aportan 6.000 camas, realizan el 38% de los exámenes, dan 200.000 empleos y realizan 600.000 cirugías al año. Además, recordó que las Isapres tienen una deuda con las Clínicas de 700 mil millones de pesos y Fonasa de 386 mil millones de pesos. En este sentido, estimó que, si la crisis produce la insolvencia de las Isapres, el 30% de esa deuda se trasladará a médicos y médicas.

Añadió que en el sistema privado se realiza un 52% de las atenciones de salud del país, 11 millones de personas, 33 millones de atenciones, y de los consultantes a las clínicas, el 53% son pacientes Fonasa y más del 60% está en regiones. Por lo tanto, resaltó que existe un sistema privado que ofrece camas, expertis y equipos médicos necesarios para poder cuidar la salud de las personas del país.

Señaló que hay interés sobre el futuro y la realidad de los médicos, pero lo fundamental es el bienestar de los pacientes, por lo tanto, subrayó que, si no se evita la insolvencia de las Isapres y el arrastre de prestadores, los pacientes serán los más perjudicados. La continuidad en los tratamientos y controles médicos son una progresión del derecho a la salud, por lo que no deben verse afectados ni interrumpidos, pues puede implicar pérdida de capacidades, bienestar e inclusión en la vida laboral y social.

En relación al tercer punto, informó que las propuestas del COLMED son: que el fallo se cumpla, pero centrándose en las personas (manteniendo sus prestaciones y cobertura financiera), no comprometiendo la sostenibilidad de las Isapres (estableciendo un plazo de 10 años para el pago ajustado según la edad del cotizante) y reponiendo al Consejo Asesor como ente fiscalizador.

Asimismo, consideró fundamental proteger a los prestadores privados asegurando el pago de las prestaciones ya realizadas y proteger a los médicos y a todo el equipo de salud en el caso de insolvencia. Agregó

que Fonasa debiese tener un nuevo gobierno corporativo, que lo haga independiente de los ciclos políticos y que es relevante que se haga un cálculo de los aranceles al valor real.

Finalmente, como conclusión manifestó que es relevante poner al paciente en el centro del debate, defender a los prestadores, incorporar principios de Seguridad Social en el sistema, eliminar la declaración de salud y preexistencias, cambiar la gobernanza y reevaluar los aranceles de Fonasa. Todo lo anterior, continuó, para que se resuelva este problema y se puedan discutir las próximas reformas.

El **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que es esencial el término de las preexistencias y de las declaraciones de salud, para que una persona que tiene un seguro privado de salud y sufre un aumento de prima, pueda cambiarse a otra institución libremente. En este sentido, consideró fundamental sentar las bases de un fondo de compensación de riesgo inter-Isapre.

Expresó que la idea es tener un plan garantizado universal, que sea idéntico para los afiliados de Fonasa e Isapre, y que terminen todas las preexistencias y la discriminación por sexo y edad. Añadió que lo anterior sería la base para una futura reforma a la salud y recordó que los proyectos iniciados en el periodo presidencial del ex Presidente Piñera van en esa dirección.

Insistió en que el término de las preexistencias debiese estar en este proyecto, y no en el que se presentará en octubre, por un tema de tiempo y porque esto es el eje para darle sostenibilidad financiera al sistema, pues los dos sistemas, el público y privado, son necesarios.

Aclaró que, cuando se habla de quiebra sistémica, se hace referencia a una quiebra en el sistema de salud, lo que significaría que una persona que está en Fonasa no podría obtener atención de salud en ninguna clínica.

En relación con las coberturas GES, comentó que sólo se podría mantener la cobertura en los tratamientos actuales, entonces, si el diagnóstico se complejiza la persona tendría que incorporarse a la lista de espera de Fonasa, por lo tanto, no hay garantías reales para las personas que tienen enfermedades de alto costo, raras o poco frecuentes y para los que están con hospitalización domiciliaria.

Por otro lado, reconoció que el Ejecutivo recogió en las indicaciones la preocupación de que una persona afiliada a una Isapre declarada en quiebra pueda, a través de un proceso, ingresar a una nueva Isapre con un fondo de compensación de riesgo.

Finalmente, preguntó cómo se puede asegurar que los dos sistemas coexistan y que se les realice el pago a los prestadores. Además, le consultó a la Presidenta del Colegio Médico cuántos son los prestadores individuales, el monto de la deuda con cada uno, cuántos prestadores individuales fueron pagados una vez que se declaró la quiebra de MasVida, y a cuánto asciende dicha deuda si es que sigue pendiente.

A continuación, la **Honorable Diputada señora Gael Yeomans** concordó con la preocupación del Senador Chahuán en relación a que las inquietudes tienen que ser resueltas en la tramitación de esta ley: cuáles son los marcos de tiempo, una planificación de los próximos proyectos de ley y de los espacios en donde se va a desarrollar la discusión.

Por otro lado, consideró que es sumamente relevante que el Superintendente pueda tener el detalle de la información de las clínicas privadas, pues es complejo para la institucionalidad no contar con toda la información de todos los organismos.

Enseguida, el **Honorable Diputado señor Lilayu** expresó preocupación por el caso de los pacientes crónicos y por los porcentajes entregados por la Presidenta del COLMED, y estimó que, si hay problemas con esta ley, pueden morir pacientes. Añadió que algunos economistas han dicho que si cae en insolvencia una sola Isapre aumentaría la cantidad de cáncer, de enfermedades psiquiátricas y de muertos a nivel nacional.

Finalmente, le preguntó a la Presidenta del COLMED cuál es el impacto que habrá con los prestadores de provincias, porque no es lo mismo que ocurre en Santiago, pues en las provincias faltan especialistas, lo que complejiza aún más la situación.

El **Honorable Senador señor Gahona** se refirió a las indicaciones del proyecto de ley y expresó que éstas resuelven algunos de los problemas que se han ido planteando y que, de cierta manera, se logra un equilibrio. Sin embargo, continuó, este equilibrio durará un año, porque el ICESA se calculó de una manera distinta y la forma normal de cálculo se utilizará a partir del próximo año, por lo tanto, los efectos no serán los mismos. En este sentido, consideró que así planteadas las indicaciones se resolvería la crisis por este año, pero los problemas de deuda estarán por lo menos 10 años más.

Por otro lado, estimó que tampoco se observan en las indicaciones mecanismos que permitan recalcular las obligaciones determinadas por la Corte Suprema. Recordó que la Corte Suprema no estableció cómo calcular las obligaciones ni cuánto son los cobros en exceso, cuestión que le corresponde a la Superintendencia.

Indicó que el Superintendente afirmó que la deuda asciende a 1.600 millones de dólares, es decir, 3 a 4 veces el patrimonio de la industria,

lo que no lo hace sostenible. Por lo tanto, afirmó, mientras más grande es la deuda, más alta tendrá que ser la prima extraordinaria, lo que se podría evitar haciendo un recalcu justo de la deuda, utilizando otros mecanismos.

Además, explicó que en las indicaciones se logra cierta simultaneidad en la aplicación de las alzas y bajas, sin embargo, la prima extraordinaria no se condice con aquello, pues se plantea una aplicación posterior. Entonces, consideró que la aplicación posterior debería ser lo más acotada posible en términos de plazo para que las alzas y bajas se produzcan una sola vez.

Por último, en relación al tema del Consejo Consultivo, opinó que, por la forma en la que está planteado, es mejor no tenerlo y dejarle la responsabilidad al Superintendente de Salud. Aseveró que, si se quiere esta figura, debería ser como se planteó en el Senado, un consejo permanente y completo.

A su turno, el **Honorable Diputado señor Celis** señaló que la crisis que se está viviendo puede llevar a la quiebra a varios prestadores privados y en las indicaciones no hay nada que entregue garantías de que las personas podrán ser atendidas por un prestador privado que tenga una acreencia con la Isapre.

Además, insistió en que las indicaciones tampoco entregan resguardo de que las personas que están en Isapre con tratamientos complejos van a poder continuarlos.

Añadió que hasta que no le dé garantías de que se mantendrá la modalidad de libre elección a los 6 millones de personas que están en Fonasa, y a las 2 millones 700 mil personas afiliadas a Isapre, de que no van a quebrar y van a mantener su cobertura de salud, no se mostró dispuesto a votar a favor.

El **Honorable Senador señor Castro González** hizo las siguientes consideraciones respecto a lo expuesto por la Ministra. En primer lugar, durante todo el año de tramitación, nunca se ha entendido que esta ley sea solo un arreglo financiero, sino que es eso, más un paquete regulatorio, además de un conjunto de reformas. No se puede entender de otra forma, y compartió lo señalado en cuanto a que la decisión política de abordarlo de esta forma debe tener algún sentido, un tiempo y una oportunidad.

En segundo lugar, nadie es ajeno a que, de las regulaciones necesarias, claramente los costos de la industria de las ISAPRES son un fenómeno grave, pero éstos no solo tienen como variable el ajuste de precios al usuario, y ejemplificó con los cambios al subsidio de incapacidad laboral, que hoy consume casi 2/3 del gasto, en materia de licencias médicas, cuyo sistema no ha sido modificado durante la democracia, y el cual requiere

reformas para establecer regulaciones taxativas. Lo mismo denunció respecto del modelo de compra de los prestadores, ya que Fonasa tiene un modo de compra paquetizado distinto al de las Isapres, lo que genera desequilibrios financieros que también debiesen ser asumidos como desafío del Estado. En materia de gobernabilidad, señaló que la suerte del Director de Fonasa o del Superintendente de Salud –de nominación presidencial – en el futuro debieran recaer en un Consejo Directivo de contrapeso.

En tercer lugar, echó de menos aquellas facultades que pidió el Colegio Médico respecto a la regulación de los prestadores. Hoy las diferencias en cifras y lo que sucede con los prestadores, en que por ejemplo Fonasa requerirá de facultades adicionales para aquellas prestadoras que eventualmente caigan producto de la crisis de algunas Isapres. En tal sentido, señaló la necesidad de ponerse en el lugar del usuario que tendrá que pagar íntegramente las atenciones y luego eventualmente reembolsar.

En cuanto al monto de la deuda, señaló a su juicio éste ya fue clarificado por el Superintendente hace unos días atrás, que señaló el monto con y sin el umbral del 7%. La mutualización ya fue zanjada por el Tribunal Constitucional y el Gobierno ya anunció que no patrocinará esa vía, por lo que a su entender ese debate ya está cerrado.

El problema que advierte, es cuál es el flujo de caja que el regulador puede establecer, permitir o adecuar para garantizar la sostenibilidad, y lo anterior no se logra entender de la esencia de las modificaciones propuestas.

En cuanto al plan de devolución de mayores de 65 años, consultó cuál es el universo de personas, así como el de cotizantes mayores a 80 años y qué plazos de espera se les dará. Además, señaló que le hace ruido la modificación efectuada en la Cámara de Diputados respecto del Consejo Consultivo que dirimirá el plan de devolución, que tiene 4 páginas de características e inhabilidades, pero funcionará por una sola vez, con nombramiento conjunto del Ejecutivo y el Congreso Nacional y que además no es vinculante, entonces consultó si tiene sentido todo este procedimiento, dado que finalmente el que resuelve es el Superintendente.

También dijo que le hace ruido que se señale que el monto de la prima se aplica por beneficiario, porque después se habla del contrato, que son cosas distintas, por lo que habría una contradicción.

Respecto de la facultad de pactar emisión de bonos, consideró poco creíble que un bono emitido por una Isapre en proceso de insolvencia tenga algún valor para transarlo en el mercado, por lo que estimó que es un engaño.

En cuanto a las contabilidades, se estableció que la Superintendencia no tendrá en cuenta el pasivo para efectos de la determinación del patrimonio, sin embargo, consultó si la Comisión del Mercado Financiero (CMF) o las contabilidades internacionales para el caso de los consorcios internacionales harán lo mismo, toda vez que hay criterios contables, por lo que consultó cómo se conciliará esto.

Por último, respecto a la MCC, en la Cámara de Diputados no se alcanzó el quórum para mantener la variante de trato directo, a la cual le veía como única ventaja la celeridad para que, dentro de este periodo de Gobierno, se tuviera un ejemplo de que era posible un seguro de prima comunitaria, con tarifa plana y con una nueva alternativa para personas del Fonasa. Sobre el particular, y dado que no se repuso este punto por parte del Ejecutivo, por lo que se exigirá licitación, consultó por los tiempos de demora previstos, sobre todo teniendo presente el riesgo de quiebra de Isapres.

Sobre el particular, señaló que le hace ruido que compañías de seguros asociadas a holding de Isapres puedan entrar el negocio de MCC de Fonasa, al igual que los seguros complementarios no sean regulados por la Superintendencia de Salud.

Solicitó finalmente que el Superintendente de Salud indique cuántos contratos tuvieron excedentes y cuál es el monto de aquellos, a diciembre de 2022, para de esta manera entender cómo se afecta al plan de devolución.

La **Honorable Diputada señora Yeomans** solicitó al Ejecutivo que pueda detallar cuál es el peligro de no tener ley corta respecto a los tiempos de espera, pacientes crónicos en tratamiento, sobrecarga de Fonasa, tal como fue expuesto por el Colegio Médico.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** señaló que durante estos meses se han recibido cifras bastante consensuadas, que no han sido desmentidas, por lo que cuando el 20% de las listas de espera se resuelven en el sistema privado, cuando el 90% de los trasplantes se efectúan en el sector privado, las camas críticas son un 30% del total nacional, al menos para resolver la crisis, existe consenso en que se debe mantener el sistema mixto. Las diferencias se generan en cómo entender y abordar ese sistema mixto.

Sobre las indicaciones ingresadas, manifestó que se debe tener claro el equilibrio entre las distintas medidas: aquellas que hacen subir los planes y aquellas que los hacen bajar. Por esto era tan importante el tema de las cifras.

Consultó a la Superintendencia si la deuda que hoy cita el Colegio Médico en su presentación es la misma que se señaló en la presentación anterior.

En cuanto a la propuesta del Ejecutivo, señaló que hay ciertos temas que a su entender requieren de mayor debate, como la prima extraordinaria, que hoy se plantea por beneficiario, y no por cotizante, lo que es una diferencia bien significativa y se debería precisar.

Respecto del Consejo Consultivo, indicó que se votó a favor de la arquitectura propuesta por el Senado, que era una figura permanente, pero como se propone hoy, debiera revisarse.

En lo que se refiere a la prioridad en el pago a los adultos mayores, el número de cotizantes debiera ser bajo, toda vez que del 81% de la población nacional que está en Fonasa, el 94% son mayores de 60 años, por lo que no debiera ser más de un 6%, pero debiera explicitarse el número.

Se manifestó de acuerdo con establecer un tope superior de un 10%, así como también con la imposibilidad de retirar utilidades mientras subsista la deuda, aunque señaló que le hace ruido el pago de la misma en bonos, que es un instrumento financiero de poco conocimiento, y podría generar desigualdades entre la Isapre emisora del bono y el afiliado beneficiario.

Finalmente, opinó que una de las variables más importantes para generar equilibrios es la del 7%, por lo que esperó poder abordarlo.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** consultó a la Ministra por la diferencia de opinión entre el comité técnico y la Superintendencia de Salud respecto del cálculo de la deuda, y solicitó aclarar si se insistirá en utilizar cálculos incorrectos.

Añadió que a su entender existirá un alto riesgo de ser condenados por tribunales internacionales, lo que afectará al Estado en su conjunto, lo que no se ha abordado en el debate.

El **Honorable Senador señor Macaya** solicitó al Ejecutivo aclarar el estado de la situación de demandas internacionales que puedan existir en contra del Estado de Chile.

Reafirmó el espíritu de lo expuesto por la presidenta del Colegio Médico respecto de la necesaria integración de un sistema público y privado. Agregó que dadas las reglas del sistema y las interpretaciones hechas por las Cortes de Apelaciones y Corte Suprema, que muchas veces asimilaban los seguros de salud a un contrato de seguro mercantil, refuerza la necesidad de reforma al sistema, para solidarizar, mutualizar, generar

compensaciones por riesgo, eliminar declaraciones de salud, eliminar discriminaciones por sexo, edad o condición de salud, lo que no se debiera abordar a nivel de detalle en este proyecto, pero sí dejarlo establecido para abordarlo de aquí a octubre.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** señaló que las sentencias de la Corte Suprema suponen un riesgo financiero relevante, razón por la cual presentaron un proyecto de ley para mitigar esos efectos y permitir que se cumpla con el fallo judicial, pero al mismo tiempo, dotar de estabilidad al sistema.

Recordó que se presentaron las consecuencias que generaría no aprobar el proyecto de ley. Hay consecuencias para las Isapres, beneficiarios, prestadores y Fisco.

Para las Isapres, mayormente se traducen en ingresos insuficientes y es la mayor amenaza que tienen. Esa disminución de ingresos, el Superintendente la ha estimado, en alrededor del 20% y que ya se ha realizado algunas medidas de mitigación a través de la ley de reajuste aprobada, pero que requiere tener nuevas medidas para permitir el cumplimiento de la sentencia.

Por otra parte, está el deterioro de los indicadores con insolvencia e intervención y finalmente, la quiebra, para lo cual, también incorporan propuestas que permiten separar la observación de los indicadores del pasivo, que se establece a través de la deuda para evitar una quiebra técnica. Aclaró que es la Superintendencia de Salud la que tiene que verificar la quiebra.

En relación a lo mencionado por el Senador señor Macaya sobre la situación de demanda internacional, sostuvo que no existe en la actualidad una demanda de esas características, están en conversaciones amigables y no pueden revelar su contenido.

Respecto a los beneficiarios señaló que la insolvencia de una Isapre y la reducción de sus ingresos, implica deterioro de cobertura, que se rompan los convenios con los prestadores, el aumento del gasto de bolsillo, en caso de insolvencia y quiebra, la posibilidad de corralitos y la pérdida de la capacidad de elección.

En el caso de los prestadores, manifestó que es fundamental cautelar la garantía constitucional de acceso a la salud, que es la que más se pone en riesgo si es que existiera una crisis sistémica, que se intenta evitar con este proyecto de ley. Se busca evitar el riesgo de cierre y quiebra de clínicas dada la dependencia que tienen las clínicas privadas y los prestadores privados con el sistema de Isapre y la reducción de la liquidez y menores remuneraciones.

Por eso presentan la propuesta de proyecto de ley que trata de estabilizar los ingresos del sistema y que, por lo tanto, dote tanto al sistema de Isapre como a Fonasa de una capacidad de seguir funcionando con los prestadores privados y que se garantice el acceso a la atención, entendiendo que se trata de un sistema mixto. Destacó que el proyecto de ley mantiene esa condición mixta, del sistema asegurador y prestador e incluso propone una situación más virtuosa de complementariedad público privada, gracias a la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

Respecto al riesgo para el Fisco, señaló que lo hay en relación al gasto de la Modalidad de Libre Elección (MLE) por Fonasa y lo que pueda ocurrir posteriormente con las conversaciones.

Sobre las dudas de la mantención de la MLE, señaló que esta modalidad en Fonasa no está en riesgo, lo que está en riesgo, en caso de una quiebra sistémica, es la posible quiebra de prestadores privados, que es lo que se intenta mitigar.

Recalcó que este proyecto de ley contiene elementos financieros, regulatorios y propuestas de reforma, manifestó que, en un artículo transitorio aprobado en ambas Cámaras, se comprometen a ingresar un proyecto de ley.

Sobre la consulta de equilibrio financiero que se mencionó por el Senador Gahona, que sería por un año, comentó que discutieron esa hipótesis, pues lo que se está otorgando a la industria es la oportunidad del logro del equilibrio financiero haciéndole ciertas exigencias. Ese equilibrio no se va a conseguir con una intervención del Ejecutivo, sino que tiene que ser un esfuerzo de la industria.

Se le da una oportunidad en un proyecto de ley, en el que hay múltiples medidas para que se logre ese equilibrio financiero, incluyendo una prima, que es por beneficiario y no por contrato, porque dentro de un mismo contrato pueden entrar y salir beneficiarios y recordó que esta es una prima que se va a otorgar por una vez, pero que va a permanecer en el tiempo y por lo tanto, si se reduce el número de beneficiarios, se debe tener una elasticidad para el cálculo de la prima.

Manifestó que lo que plantean es una prima que permita el equilibrio financiero, donde las Isapres tienen que postular, entregar argumentos para fundamentar la solicitud de la prima, debe ser aprobada por el Consejo Consultivo y tiene un techo máximo.

Además, están proponiendo que, en el cálculo del techo, se reduzcan los gastos de administración y ventas de las Isapres que son varias veces superiores a los que tiene Fonasa y por tanto, da una oportunidad para

mejorar los procesos, sin contar con el tema de las licencias médicas que se ha mencionado en diversas oportunidades y para lo cual ya ha habido una tendencia a la reducción, que será impulsada en mayor medida cuando se despache el proyecto de grandes emisores de licencias médicas.

Sobre el tema de flujos financieros con los indicadores, recordó que se mencionó que se separaron los planes de devolución. En la Cámara de Diputados se discutió respecto a los plazos de devolución. El techo está calculado para un plazo de devolución de 10 años y consideraron que debía darse una prioridad dentro de ese plazo a las personas mayores. En la propuesta se señala a las personas mayores de 80 años, que actualmente representan el 10% de las personas con las que tienen deuda y el objetivo es que se pueda agotar esa deuda en el plazo de 2 años. A su vez, también hay una disposición que prioriza a los mayores de 65 años, que representan, en el conjunto, a poco más del 35% de los afiliados.

Hay una distribución de los asegurados y personas a las que se les adeuda, que permite dar esa prioridad sin desatender la devolución de los pagos en exceso al resto de las edades, sino que priorizando una mayor proporción para las personas mayores.

Con respecto a la emisión de bonos, precisó que fue una sugerencia realizada en la Cámara de Diputados, que acogieron. Se debe cumplir con todas las disposiciones de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y es una posibilidad que tiene que ser ofrecida voluntariamente por la Institución de Salud Previsional y debe ser voluntariamente aceptada por los acreedores que, en este caso, son las personas a las que se les hizo cobros en exceso.

Sobre la MCC, señaló que se incorporó una indicación para que fuera a trato directo en una primera instancia, sin embargo, esa propuesta fue rechazada ampliamente en la Cámara de Diputados, por lo cual, el Ejecutivo no repuso esa norma y se estudiaron los plazos para determinar cuánto se puede acelerar una licitación, que da mayor garantía de transparencia a todos los sectores.

Respecto al Consejo Consultivo, que contempla períodos de inhabilidades, sostuvo que fue el consenso que se logró en la Cámara de Diputados, por lo cual, se mantiene.

Manifestó, por otra parte, que el Comité Técnico sugirió otros parámetros que están incorporando en este proyecto, que es el cálculo de la deuda, sin considerar lo que ya se pagó por excedentes.

El **señor Superintendente de Salud** respondió a lo planteado por el Senador Gahona sobre la eliminación del ICESA en los futuros cálculos de adecuación del precio base. En primer lugar, recordó que la ley N° 21.350

incorporó precisamente este indicador y su objetivo es establecer un límite de alza y, por tanto, empujar a una mayor eficiencia.

Las Isapres pueden ganar dinero aumentando el valor de sus planes, pero también lo pueden hacer aumentando su eficiencia. En la medida en que el sistema sigue basándose en traspasar todo a precio, se va a seguir encareciendo y aumenta la inviabilidad del propio sistema. Por lo tanto, consideró que no le parece una buena medida eliminar el indicador, porque lo que hace es disminuir el estímulo respecto a la eficiencia del sistema.

Sobre la simultaneidad con alzas y bajas, se ha planteado por el Ejecutivo que coincida la aplicación de la tabla única de factores con el 7%, respecto a los contratos vigentes.

Respecto al pago de prestadores en el caso de la Isapre MásVida y su quiebra en el año 2017, recordó que la Superintendencia ha enfrentado orden de no innovar consecutivas producto de la judicialización de los propios prestadores. Llegó a haber 46 causas respecto a esta materia, lo que ha impedido liberar los fondos destinados al pago de prestadores, no obstante, estos fondos están en depósito a plazo, por lo tanto, han ido generando interés para no afectar los recursos que se entregarán.

A la consulta de la forma de mejorar el flujo financiero, señaló que el alza extraordinaria es la primera ayuda que va a colaborar en eso. Hasta el momento, ha habido un flujo de caja que ha sido lineal y que podría haber sido en descenso, a propósito de las liberaciones de garantías.

Respecto a la prioridad de adultos mayores informó que aproximadamente el 30% de los mayores de 65 años es donde está concentrada la deuda, por tanto, se hace una propuesta que priorice a esas personas, pero que no implica dejar de pagar a los menores de 65 años.

Sobre las diferencias de las deudas con prestadores, indicó que siempre han tenido una diferencia respecto a lo que ha dicho la Asociación de Clínicas. Sostuvo que hay una deuda conocida, que es la facturada, cercana a 200.000 millones de pesos.

Luego hay una deuda que está en litigio, que es aquella entre el prestador y la Isapre y que la Superintendencia de Salud tiene provisionada en un cálculo de aproximadamente 240.000 millones de pesos.

Pero, además se suma, en el caso de la información entregada por el COLMED, la deuda que se genera con el paciente al alta, que no es deuda aún, porque se debe certificar cada una de las prestaciones otorgadas.

El **Honorable Senador señor García** planteó que sería adecuado contar con una proyección de los ingresos, los costos y pago de la deuda, de manera de tener mayor certeza de que el instrumento que aprobaría el Congreso Nacional, va a permitir solucionar el tema de la deuda.

El **Honorable Senador señor Gahona** aclaró la consulta sobre el ICSA, que se adelantó al mes de abril, adelantando flujo un par de meses y que ayuda en algo la situación, pero que es completamente distinto al ICSA que se va a aplicar el próximo año, que contendrá los efectos del Fonasa.

Manifestó que, si se está aplicando un tipo de ICSA para una situación de crisis, mientras no se resuelva el tema de la deuda y el equilibrio de los ingresos, es evidente que no se puede seguir aplicando el ICSA que se aplicaba normalmente. Por ello consultó si es procedente que el ICSA que se aplica en situación de crisis, se debiera seguir aplicando hasta que se termine de pagar la deuda.

El **Honorable Senador señor Castro González** requirió precisar el impacto de la prima de 10%, toda vez que hay datos que son preocupantes, porque la simulación realizada en dos o tres casos da diferenciales de hasta 6% entre cotización topada al 10% con prima extraordinaria y con umbral de 7% de cotización. Figuran 3 que tienen brechas de hasta 6 puntos, o sea, insolvencia. Requirió explicar a fondo este tema.

Señaló que ha rondado la idea de que se homologue pago de deuda, umbral de 7% y reajuste de la prima en 10%, pero resulta que las temporalidades como están definidas hasta la fecha, son distintas y puede ser ideal sintetizar en un solo pago, que haga el neteo de todo, pero eso puede significar problemas en los plazos de devolución.

Asimismo, solicitó hacer una exposición del universo de personas que, al mes de diciembre del año 2022, tenían planes por debajo del 7% y cuánto se les debe devolver por excedentes.

El **Honorable Senador señor Castro González** recordó que, en la sesión anterior, se solicitó información sobre:

1.- El impacto de cartera respecto de excedentes que existían a pagar al primero de diciembre del año 2022; monto que debe devolverse y cantidad de personas beneficiadas;

2.- El efecto del reajuste de la prima del 10%, comparado al precio que pagaban los afiliados a julio del año 2023;

3.- Impacto financiero de la cartera administrada a abril del año 2020 y el efecto de la aplicación de tabla de factores al momento de la implementación de la circular de la Superintendencia de Salud.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** aclaró que, los contratos que son beneficiados o que generan alguna deuda a noviembre de 2022, ascienden aproximadamente a 660.000. Si se analiza la cartera a noviembre de 2023, para poder analizar la movilidad en los 12 meses, éstos ascienden a 562.000, es decir, hay un universo cercano a 98.000 contratos que han salido del sistema, que se computan con una deuda que ya está parada, que se contabiliza hasta el momento en que ellos abandonaron el sistema. Destacó que, esa cifra se refiere a contratos que estaban vigentes con posterioridad al fallo.

Agregó que la movilidad que frena el crecimiento de la deuda explica cómo se precisa la deuda actual.

Respecto del cálculo de la prima, indicó que ella se deduce a través de un proceso de iteración, lo que significa que, cada una de las Isapres, en el momento en que construyen su plan de adecuación, deben considerar una serie de elementos, entre los que se encuentra el de contención de costos que se les está solicitando, como la comercialización y pago de planes, lo que implicará una disminución en los costos de las prestaciones.

Hizo presente que las Isapres deben construir esos elementos para poder analizar el flujo que requerirán para equilibrarse. Constató que, con lo anterior se llega a un determinado valor en UF y eso constituye la prima de equilibrio, que se imputa a cada uno de los beneficiarios de todos los contratos y finalmente a aquellos en que al colocar estas primas van a tener un valor mayor que el de julio de 2023. Añadió que ese valor podrá llegar hasta el 10%. Por lo tanto, aseveró que, existen personas que pagarán menos que en julio del año 2023; otros que pagarán lo mismo, y algunos que pagarán más de lo que pagaban a esa fecha. Agregó que, en este último caso opera el tope. Lo anterior explica el porcentaje de contratos diferenciados por cada Isapre.

Recalcó que la prima se calcula con una iteración para entender que se está hablando de una prima de equilibrio.

El **Presidente de la Comisión Mixta, Honorable Senador señor Macaya** preguntó la situación al día de hoy, no a julio de 2023, puesto que en ese escenario se ve el impacto real de cómo subirán los planes. Es decir, cuánto terminarán pagando las personas en cada Isapre con la propuesta de equilibrio manifestada. Consultó a cuánto equivale ese aumento respecto a lo que se paga en la actualidad.

El **Superintendente de Salud señor Torres** explicó que, es muy distinto medir cuando es una prima o un porcentaje de adecuación de precios, porque se está hablando de un precio determinado que tiene un impacto en cada uno de los contratos de manera distinta. Consideró que, cuando se habla del porcentaje de precio base, se refiere al mismo porcentaje para todos los contratos, y cuando se hace referencia a una prima, ésta impacta de manera diferenciada en cada uno de los contratos, por lo tanto, no cuentan con el cálculo respecto a esta última.

En ese contexto, remarcó que se debe considerar además que todos los contratos tuvieron una rebaja distinta, dependiendo de cada una de las Isapres, producto de la sentencia GES. En segundo lugar, precisó que, todos los contratos tuvieron un alza producto de la adecuación precio-base del mes de marzo. Luego, tuvieron una rebaja aquellos contratos que tenían menores de dos años, pero que se compensaron con el alza en la totalidad de los contratos.

Consignó que, si se intenta calcular al día de hoy, no existiría exactitud, porque todavía falta imputar la rebaja respecto de la tabla única de factores que no impacta a todos los contratos con tabla, sino a aquellos con tablas antiguas y que como resultado baja el valor. Por ello se tomó la decisión de poner un piso objetivo y conocido que permita facilitar la comprensión de la comparación de precios, porque había un tren de alzas y bajas que genera una confusión, y es muy difícil sostener un techo con una variación tan permanente y con un impacto distinto entre un contrato y otro.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó información al señor Superintendente, respecto a la población de usuarios y el monto de personas que, teniendo planes a abril de 2020, fecha de aplicación de la tabla retroactiva de factores, tenían planes de precio por debajo del 7%, y que, por lo tanto, la cobertura de sus excedentes, hacen disminuir la deuda a pagar en el plan de devolución. Asimismo, consultó por el efecto de la prima reajustada en un 10% sobre el precio final pagado por los usuarios a julio del 2023.

Finalmente, consultó sobre la tabla que muestra el impacto financiero mensual de los fallos sobre los resultados operacionales. En la mencionada tabla, en escenarios favorables con un piso de un 7%; gastos de administración y ventas disminuido en un 10%, queda establecido que el impacto de los fallos implica un neto de -\$39.958.000.000 al mes.

Seguidamente, el **Superintendente de Salud** observó que, cuando se habla de precio final se refiere a una parte de lo que pagan las personas, no del total. Aclaró que, precio final está compuesto por precio base, por la suma de los factores que componen el grupo familiar. Lo que realmente pagan las personas es el precio pactado, y a eso se le agrega el precio GES; los beneficios pactados entre las Isapres y los afiliados, más la

prima de menores de dos años y eventualmente la prima que se puede incorporar en virtud del alza extraordinaria.

En ese orden de ideas, expresó que, los impactos que están midiendo, dicen relación con el precio total a pagar. Por eso que se habla del total descontado, que es lo que se le resta a cada una de las personas en el caso que uno sea un trabajador dependiente; y lo pactado, en aquellos casos de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó cómo se puede asegurar que el precio pactado final, una vez aprobada la presente iniciativa, sea menor o igual al que pagaban a julio del año 2023.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** señaló que, la Superintendencia, el año 2023 calculó el alza del 40% de la prima. Preguntó si se mantiene dicha previsión o ésta disminuirá.

El **Honorable Senador señor Gahona** valoró la propuesta efectuada por los profesores de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile relacionada con el mecanismo de equilibrio.

Hizo presente que, este mecanismo es más razonable que el del Ejecutivo en términos de alcanzar un equilibrio, toda vez que, a través de él se calcula una deuda razonable, lo que permitiría mantener la estabilidad tanto prospectiva como retrospectiva y, además, se obtendrían devoluciones.

Posteriormente se escuchó la opinión de **la Comisión para el Mercado Financiero, representada por su Vicepresidenta, señora Bernardita Piedrabuena**, quien manifestó que constituye una facultad de la Superintendencia de Salud determinar la contabilidad que llevan las Isapres, que se refleja en su información financiera. Preciso que, algunas de ellas tienen controladores que son emisores de valores y éstos se rigen por la normativa que establece la Comisión para el Mercado Financiero (MCF) de acuerdo a la ley N° 18.045, de Mercado de Valores. Agregó que, dicha normativa contable obedece a la norma internacional denominada IFRS (por sus siglas en inglés, *International Financial Reporting Standards*). Agregó que, las matrices emisoras de valor, de acciones o bonos, deben hacer sus estados financieros de acuerdo a la mencionada contabilidad.

A raíz de lo anterior, sostuvo que la contabilidad, de acuerdo a lo establecido por los auditores externos en las memorias de las matrices, que son emisoras de valores, han establecido que ante esta coyuntura que enfrenta el sector de Isapres, existe una duda sustancial acerca de la capacidad de las entidades para continuar como una empresa en marcha. Es decir, los mismos auditores establecen que con el grado de información no es posible contabilizar o cuantificar los efectos.

Finalmente, hizo presente que, cuando se tenga certeza de los montos y de la forma de pago que tendrán las Isapres, cada matriz tendrá que evaluar cómo le afecta.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó acerca del efecto que tendría en el mercado y en la continuidad de las mismas empresas, el hecho que un análisis contable de carácter internacional o uno emanado de la CMF, estableciera que el pasivo de una determinada emisora o holding, algunos de los cuales tienen respaldo global, es superior al patrimonio y, por tanto, se configurara una quiebra técnica, más allá de que la Superintendencia de Salud no contabilice ese pasivo.

La **Comisionada señora Piedrabuena** indicó que, en tal circunstancia, en primer término, los accionistas del emisor podrían mantener la operación de la empresa, aportando patrimonio. En segundo lugar, remarcó que, ante dificultades que impliquen que el emisor o holding no pueda continuar sus operaciones, ello no necesariamente desencadena el cese automático del funcionamiento de la Isapre, cuestión que debe analizar la misma Isapre y la Superintendencia de Salud.

El **Director General Jurídico de la Comisión para el Mercado Financiero, señor José Antonio Gaspar**, complementó que los emisores de valores se rigen por las reglas generales y no disponen de un régimen especial, por tanto, en el evento que ocurra la situación descrita deberá analizarse con éstos el modo en que enfrentarán dicha hipótesis, no solo respecto de las medidas que están adoptando, sino también, eventualmente, como ha ocurrido en algunos casos, con procesos de reorganización concursal, que no significan necesariamente la quiebra.

El **Honorable Senador señor Castro González**, si bien recogió que la situación descrita no debe desembocar necesariamente en la quiebra, insistió en que se puntualice qué efecto jurídico y financiero tiene en el mercado que un análisis contable internacional o de la CMF acredite que el pasivo de una Isapre supera largamente el patrimonio. Subrayó que ello adquiere relevancia ante versiones que revelan que dos Isapres pertenecientes a holdings internacionales estarían cerca de la iliquidez, lo que podría derivar en repercusiones más allá del nivel local.

El **Honorable Senador señor Macaya** profundizó que la CMF tiene una mirada sistémica, sobre diversas industrias que están bajo el ámbito de sus atribuciones, como compañías de seguros y empresas que transan en mercados de valores, por lo que reparó el precedente que podría desprenderse para aquéllas como consecuencia de que existan entidades cuyo pasivo supera tres veces su patrimonio, sin que el regulador advierta un impacto significativo.

La **Comisionada señora Piedrabuena** recalcó que la CMF no determina el efecto contable ni de las Isapres ni de los emisores, lo que es realizado por las propias compañías, de acuerdo a las normas contables y sus departamentos de contabilidad, a lo que se añade lo que les puedan aconsejar los auditores externos.

Aclaró que las Isapres no son emisores, sino que los que tienen ese carácter son los holdings y éstos ya han internalizado en su clasificación de riesgo esta incertidumbre, por lo que aseguró que los efectos en el mercado ya se han visto, sea en la valorización de sus acciones o de sus instrumentos de renta fija. Con todo, no descartó que cuando haya más certeza en cuanto a los efectos finales pueda haber una repercusión adicional.

Expuso, seguidamente, que los análisis preliminares de la CMF revelan una baja exposición a estos emisores, respecto de la masa total de acciones y valores e instrumentos de renta fija que se transan en el mercado. De la misma forma, reveló que es acotada la exposición de las compañías de seguros, fondos mutuos y fondos de inversión a estos papeles, por haberlos comprado en forma directa o indirecta, incluyendo al sector salud. Concluyó, que, considerando ambos aspectos habría efectos, pero estos serían, en promedio, acotados.

El **Honorable Senador señor Macaya** consultó si las garantías financieras se encuentran bien resguardadas y si la CMF asegura el calce de éstas o ello sólo es realizado por la Superintendencia de Salud.

La **Comisionada señora Piedrabuena** esclareció que el calce aludido lo verifica la Superintendencia de Salud. En lo que compete a la CMF, anotó que los bancos presentan, en este ámbito, una situación sólida y solvente, con indicadores de liquidez adecuados.

El **señor José Antonio Gaspar** reiteró que la situación planteada como hipótesis afectaría directa y potencialmente a la matriz y el impacto de ello sería limitado a la generación de una reorganización concursal o algún análisis de la situación de la deuda y obligaciones. Añadió que, en principio, si bien ello debe revisarlo la Superintendencia de Salud, no hay un vínculo con respecto a la situación del activo, pues éste no se ve impactado por la situación del emisor.

A continuación, el **Honorable Senador señor Chahuán** enunció algunos temas en discrepancia del proyecto de ley que, en su concepto, resultan relevantes.

Por una parte, se refirió al pronto pago, en el que estimó que se ha ido avanzando y contribuye al equilibrio financiero, tal como sucede con el techo de una eventual alza en los planes. Previendo el impacto de ello,

sostuvo que serán las propias Isapres las que deberán evitar las fugas de afiliados y que resulta sustancial terminar con las declaraciones de salud y las preexistencias, facilitando el traslado de una aseguradora a otra, siendo todo lo anterior parte de un paquete de medidas que deben ser impulsadas conjuntamente.

Señaló que ellas debieran ser reforzadas con otras contenidas tanto en el proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA ([Boletín N° 12.662-11](#)) como en proyecto de ley que modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer las sanciones administrativas y penales que indica ([Boletín N° 14.845-11](#)), cuyo impulso solicitó al Gobierno, a través del ingreso de las indicaciones respectivas.

Detalló que otros aspectos sustantivos son la creación de una entidad técnica independiente de la Superintendencia de Salud y establecer un rol explícito a Fonasa y mejorar su institucionalidad. Además, creyó indispensable disponer cierta simultaneidad en las medidas, de forma de evitar que se produzcan alzas y bajas sucesivas en los planes, generando confusión en los afiliados.

Reconoció que han existido conversaciones con el Ejecutivo en algunos de estos temas y valoró que algunos hayan sido recogidos en las proposiciones, pero resaltó la necesidad de garantizar especialmente la continuidad del tratamiento a los pacientes, especialmente de aquellos que sufren alguna patología GES, en caso de migrar a Fonasa. Admitió que hay una norma propuesta en ese sentido, pero ésta no cubre nuevas patologías, lo que ligó a la situación de las listas de espera.

Postuló, finalmente, que, en su concepto, la materia en discusión no es sólo la denominada "ley corta de Isapres", sino la forma de dejar sentadas las bases de una reforma a la salud.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** sintetizó que el proyecto tiene como ejes principales dotar de mayores facultades a la Superintendencia de Salud, fortalecer Fonasa, a través de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), y la implementación del fallo de la Corte Suprema.

Recalcó que dichas materias tienen diversa complejidad, pues mientras la MCC podría tener una resolución legislativa más sencilla, la deuda aparece como el problema más difícil de resolver. En relación a ello, evidenció que en los trámites anteriores se buscó, aún con dificultades, alcanzar algunas soluciones y recordó, en ese sentido, su disposición a

acoger lo relativo al 7%, al incremento del precio base y su voto en favor del Indicador de Costos de la Salud (ICSA).

Con miras a avanzar en la tramitación, sugirió simplificar el debate, buscando una explicación y secuencia más didáctica, como sostener que tras la aplicación del fallo GES opera el ICSA y, posteriormente, debería intervenir la tabla única de factores y, luego, la ley con las restantes medidas adicionales.

Planteó que, a su entender, existen diversos avances en aspectos como los reseñados, el 7%, el 10%, la necesidad de promover los esfuerzos de las Isapres para contener los costos, en tanto otros aspectos, como el Consejo Consultivo, han perdido significación, y subrayó que la diferencia entre oficialismo y oposición radica, en definitiva, en cómo se calcula la deuda. Llamó a abordar ese punto directamente, afirmó que las variables contenidas en el proyecto de ley dan cuenta de un punto de equilibrio y advirtió las consecuencias para los pacientes de no conseguirse un acuerdo antes de la fecha fijada por la Corte Suprema.

El **Honorable Diputado señor Celis** hizo presente la idea matriz del proyecto y algunas cifras que juzgó indispensables de tener a la vista. En este sentido, ilustró que trescientos mil pacientes presentan un riesgo de no disponer de continuidad en sus tratamientos, mientras seis millones de personas, que se atienden en prestadores privados a través de Fonasa, podrían quedar sin atención si éstos quiebran como consecuencia de las deudas que las Isapres mantienen con ellos.

Tras lo anterior, solicitó precisar los precios promedio que pagan hoy las personas y cuánto terminarán pagando, en cada Isapre, con la fórmula de equilibrio que ha hecho el Ejecutivo, como también el coste de la prima adicional, por Isapre, en valor absoluto. Del mismo modo, solicitó determinar a cuánto equivale este aumento, porcentualmente, sobre el precio que pagan por el plan hoy y compararlo con el que resultaría de aplicarse la propuesta de la Facultad de Economía y Negocios (FEN) de la Universidad de Chile, tanto retroactiva como prospectivamente.

La **Honorable Diputada señora Gazmuri** desestimó que este proyecto de ley sea la ocasión para abordar una reforma a la salud, pues ello excede sus objetivos y contribuye a entrapar la discusión, aun cuando en el texto se comprometen fechas para avanzar en esa materia. Manifestó, en cambio, la necesidad de ocuparse, específicamente, de solucionar la crisis provocada por los cobros indebidos de las Isapres y los fallos de la Corte Suprema.

El **Honorable Senador señor Castro González** discrepó de que el proyecto de ley no sea parte de un objetivo más trascendente, pues, adicionalmente, se están agregando aspectos regulatorios y normas que

apuntan a que las Isapres se orienten a la seguridad social. Relevó que, de no concebirse de ese modo, constituiría un mero acuerdo financiero y, si bien, entiende que la iniciativa tiene otro objetivo primordial, observó la necesidad de que incorpore un itinerario claro y ciertas certezas para un proceso que entiende más extenso y ambicioso.

El Honorable Diputado señor Lagomarsino rememoró que, en una etapa anterior, propuso al Ejecutivo incorporar en este proyecto un fondo de compensación de riesgos entre las Isapres. Sin embargo, restó viabilidad a insistir en ello en esta etapa de la tramitación, pues afectaría la posibilidad de un debate más profundo de ello en las comisiones temáticas y la Sala de ambas Cámaras.

Remarcó que, en su concepto, el proyecto de ley efectivamente tiene el carácter de un arreglo financiero y sobre eso debe enfocarse el trabajo de la Comisión. Sostuvo que, si bien ese objeto esencial se proyecta, con una serie de compromisos, incluidos en el proyecto de ley para avanzar en reformas de salud, como pudiera ser el ingreso, en el futuro, de un proyecto de ley que aborde el citado fondo, ello no debe hacerse en forma tardía saltándose trámites legislativos, so riesgo de entrapar la discusión como sucedió con el proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias ([Boletín N° 9.914-11](#)), conocido como "Ley de Fármacos II".

- - -

El Honorable Senador señor Macaya hizo presente que, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 77 de la Constitución Política de la República, el artículo 6°, que el numeral 14) de la proposición del Ejecutivo sugiere para sustituir el texto aprobado por el H. Senado, en primer trámite, requiere ser consultado a la Corte Suprema.

- - -

En cuanto al carácter de la discusión, expresó que se trata de asuntos concatenados, en tanto si bien el objeto inicial es el cálculo de la deuda, ello se relaciona directamente con la forma en que se asegura la viabilidad futura del sistema, sin lo cual, cualquier innovación vinculada al fin de las preexistencias, a la declaración de salud o a la creación de un fondo de compensación de riesgos, se vuelve incierta.

Por su lado, la **Honorable Senadora señora Órdenes** hizo énfasis en que el punto de partida de todo esto es responsabilidad de las Isapres, que siempre se opusieron a los cambios y por años traspasaron las alzas de los precios a las personas afiliadas. En ese entendido, declara que

son las Isapres las que deben cumplir con el fallo de la Corte Suprema, pero lamentablemente aquello genera un impacto en el acceso al derecho a la salud de los chilenos, especialmente aquellos que se encuentran afiliados al sistema privado.

Reiteró que el presente proyecto nace a consecuencia del cobro excesivo que hicieron las Isapres, lo que generó a su vez una creciente judicialización, por tanto, la responsabilidad no recae en el Congreso, sino en las Isapres. Afirmó que se está buscando un equilibrio para garantizar el derecho a la salud, punto en el que existiría acuerdo, sin embargo, la fórmula de cálculo propuesta por la Superintendencia de Salud no ha logrado generar consenso. Al respecto, recordó que la fórmula FEN fue revisada en la Comisión, señalando que no le hizo sentido, ya que la rebaja es muy significativa, por tanto, hizo un llamado a no seguir con eufemismos, ya que el punto de tope en esta materia es la fórmula de cálculo de la deuda.

El **Honorable Senador señor Macaya** rescató el acuerdo entre oposición y oficialismo en cuanto a que las aseguradoras privadas deben comportarse dentro de una lógica de seguridad social, por lo que es necesario convencer de aquello a las Isapres.

Aseguró compartir parte de la minuta comunicacional del Gobierno, en el sentido de que en esta materia ciertamente hay responsabilidad de las aseguradoras, pero hace el llamado a no desperdiciar la oportunidad actual de consagrar un sistema en lógica de seguridad social.

A su turno, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, hizo ver que el Ejecutivo, lejos de estar ausente, se ha hecho parte de la discusión del presente proyecto durante todo el año, cumpliendo cada uno de los compromisos que han asumido en diversas instancias, ofreciendo medidas que ayudan a la estabilidad financiera de la industria y escuchando pacientemente todas las discordancias a sus propuestas, las que, en su opinión, son suficientes para lograr un equilibrio.

Recordó que el tema del pasivo es uno de los elementos relevantes de la discusión, pero, lo es aún más la reducción de ingresos futuros en la industria, reducción sustantiva que requiere una serie de medidas que permita a la industria mitigar la pérdida de ingresos producto de la aplicación de la sentencia de la Corte Suprema, quien consideró que las Isapres incurrieron en prácticas que incumplían los principios de la seguridad social y también en cobros excesivos.

Por tanto, puso hincapié en que el Ejecutivo ha estado permanentemente dispuesto a incorporar medidas para enfrentar el cálculo de la deuda, las que han sido rechazadas pero que repusieron, debido a que existe una responsabilidad de mantener la estabilidad de la industria, por

tanto, esperó que la Comisión apoye la propuesta para lograr equilibrio en el sistema, lo que también requiere un esfuerzo de la industria.

Asimismo, insistió en que para enfrentar la reducción de los ingresos futuros se propusieron medidas como el 7% de cotización mínima, lo que ayuda a la industria, y también la posibilidad de una prima que se calcularía en base a la diferencia de lo que las personas pagaban en julio del 2023, punto en el que persisten dudas, por lo que solicita escuchar nuevamente la explicación del Superintendente.

Complementando lo anterior, el **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** se refirió a lo señalado por el Diputado Lilayu respecto del alza del 40%, aclarando que dicha medida nace durante la tramitación en el Senado, pero correspondía a un mecanismo de adecuación distinto, ya que en esa instancia se hablaba de un alza de precio base, el que se maneja en términos porcentuales respecto de su alza, mientras las primas se calculan en relación a su precio.

Así, cuando se habla de un 40%, se trata de un ejemplo de una prima máxima en una Isapre, que afectaba al 10% de los contratos y que, finalmente, no implicaba un alza equivalente al 40% en el total a pagar, sino que se refería al 40% en el precio base, que es uno de los factores que permite la construcción del precio de los distintos planes. Explicó que la propuesta actual se refiere a un valor determinado, que deben establecer las propias Isapres a partir de su plan de ajuste, para alcanzar un equilibrio. Así, en la medida que las Isapres den mayor énfasis en su eficiencia para abaratar costos, podría disminuir la prima, por tanto, depende de las Isapres, no existiendo intención del Ejecutivo de fijar un valor.

Respecto a la pregunta del Senador Gahona sobre la fórmula FEN para el cálculo de la deuda, reiteró que el único cálculo que tiene memoria de cálculo publicado en su página web, con un mecanismo que explica el uso de esa memoria de cálculo y que, además, es tomado considerando los archivos maestros de la totalidad de la cartera del sistema de Isapres, es el de la Superintendencia de Salud. En el caso del cálculo realizado por la FEN, hasta el día de hoy, se desconoce la memoria de cálculo, que fue solicitado en la Comisión de expertos que evaluó todas las fórmulas de mutualización.

Agregó que un equipo del Ministerio de Salud intentó replicar la fórmula, pero no se alcanzó el mismo resultado, ya que el estudio realizado por los profesores de la FEN se basó en la información de dos Isapres: Banmédica y VidaTres, luego de lo cual se hizo una extrapolación al sistema, por tanto, en ningún momento han entregado resultados que se sustenten en la totalidad de la información del sistema, a diferencia de la fórmula de la Superintendencia, que sí es replicable y técnicamente correcta.

En base a lo anterior, hizo un llamado a lograr coincidir en qué materias permiten, en primer lugar, dar cumplimiento a la sentencia, que es lo más relevante, y luego determinar de qué forma ese cumplimiento no afecte la continuidad de las prestaciones.

Finalmente, respondiendo a la Senadora Órdenes, señaló que el adelantamiento de la adecuación del precio base permitió un alza real del sistema promedio del 3,3%, por eso existen pérdidas acumuladas en los tres primeros meses.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Gahona** solicitó al Superintendente que explique cuál es el precio base que establecen para el cálculo de la deuda, ya que, a su entender, ese monto corresponde a un perfil determinado de afiliados, como hombres de 29 a 34 años, lo que no sería representativo, y termina arrojando un monto de deuda tres veces mayor al patrimonio de la industria.

Finalmente, el **Superintendente de Salud** respondió al Senador Gahona, aclarando que los cálculos realizados no utilizaron de base ningún perfil, sino que se tomaron los valores efectivos de los precios base de cada contrato. Por ese motivo insistió en que tomar un precio base ficticio modifica lo que ocurrió.

Sumado a lo anterior, hizo notar que, así como la deuda es tres veces el patrimonio de las Isapres, es importante recordar que, a su vez, representa el 37% del total de ingresos de las Isapres en un año, lo que llevado a 10 años, correspondería al 3,7%, dato muy relevante, ya que sustenta uno de los razonamientos del proyecto de ley, esto es, que debe existir una mejora en la eficiencia de las Isapres, ya que tienen ingresos bastante altos, por tanto, por medio de la eficiencia, podrían mermar la deuda.

El **Presidente de la Comisión Mixta, Honorable Senador señor Macaya**, informó que el día 7 de mayo de 2024 se alcanzó entre el Ejecutivo y la gran mayoría de los integrantes de la Comisión un borrador de "protocolo de entendimiento", que se traduce en la presentación formal de proposiciones por parte del Presidente de la República. En ese entendido, ofreció la palabra a la Ministra de Salud para dar cuenta de dichos acuerdos.

En consecuencia, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, señaló que las conversaciones versaron sobre asuntos que se discuten desde el comienzo de la tramitación de la iniciativa en informe, específicamente sobre aquellas normas relacionadas con el cálculo de la deuda y el mecanismo de pago. Añadió que, además, se abordaron otros elementos, tales como la constitución y naturaleza del Consejo Consultivo; el cálculo del Índice de Costo de la Salud; los plazos para el pago de la deuda; el límite máximo o "techo" de la prima; la forma del cálculo de la prima de la

Garantía Explícita de Salud, y, la posibilidad del pago en efectivo, como respuesta a una solicitud de los parlamentarios de oposición. En este orden de ideas, comentó que hubo un cierto nivel de acuerdo respecto a algunas materias, tales como las que aborda el artículo 2°, norma que no se sometería a modificaciones. Luego, reconoció que la discusión se centró principalmente en las indicaciones que atañen a los plazos de pago, produciéndose una apertura para ampliarlos, para luego llegar a una situación de equilibrio.

Prosiguió su relación haciendo presente que se acordó incorporar una norma referida a una tasa de descuento en el caso de que las Isapres opten por adelantar pagos en efectivo a los usuarios, en lugar de que se pague en cuotas anuales. Por otra parte, se habría considerado la nominación de los consejeros, proponiéndose un sistema más abreviado. Agregó también que en el protocolo de acuerdo se estableció que se propondría una mejora para el cálculo del Índice de Costos de la Salud (ICSA); se evaluaría la presencia de un Consejo Permanente en el proyecto de ley que tiene como objeto mejorar la gobernanza e institucionalidad de la Superintendencia de Salud; el Ejecutivo se comprometió a acelerar la tramitación del proyecto de licencias médicas, correspondiente al boletín número [14.845-11](#), ingresando indicaciones durante el mes de mayo de 2024, con urgencia, así como también a hacer presente la urgencia en la tramitación del proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa.

Por último, comentó que hay proposiciones que tienen como objetivo abreviar los plazos en los que se implementan las medidas que el proyecto contempla, con tal de evitar la prolongación de periodos en que se produzca la reducción de ingresos para las Isapres y, por lo tanto, se suspendan los cobros en exceso a través de la tabla de factores y los otros elementos de mitigación. Al respecto, se acordó que la aplicación de la tabla de factores debe ser simultánea con la implementación de los contratos vigentes que deben ir a la cotización legal de 7%, para lo cual se deben ofrecer a los usuarios nuevos beneficios, todo ello en un solo momento o tiempo.

Añadió que se contempla un segundo tiempo o momento, en el cual las Isapres presentarán su plan de pago y se hará efectivo, iniciando el pago de la deuda, junto con el alza extraordinaria, si es que la requirieran para lograr equilibrio financiero y fuere autorizada por la Superintendencia. Al respecto de estos plazos o tiempos, informó que en el protocolo de acuerdo se establece el compromiso de que deben ser lo más cercanos posibles.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** reconoció y valoró positivamente la disposición del Ejecutivo para analizar propuestas nuevas. A continuación, consultó a la Ministra por la modalidad de "pronto pago" o pago

adelantado. Específicamente, preguntó por el escenario en que la gran mayoría o todos los afiliados quieran un acogerse a esta modalidad. Por último, añadió que, a su entender de la proposición del Ejecutivo en la materia, sería posible que las Isapres fijen topes anuales por concepto de "pronto pago" en los planes de pago.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, explicó que la proposición de pago en efectivo contempla expresamente la posibilidad de que las Isapres ofrezcan esta modalidad en el plan de pago, por lo que supone un análisis de su liquidez al momento de hacer ellas mismas la oferta. Afirmó que, en definitiva, la posibilidad de pago en efectivo depende de que las Isapres abran esa opción en el plan de pago, luego de evaluar sus propias condiciones.

A su turno, el **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que las conversaciones se dieron anteponiendo como prioridad el bienestar de los pacientes y la continuidad de los tratamientos, junto con la sostenibilidad financiera del sistema. Expresó que se acogieron proposiciones formuladas por la oposición, como aquellas relacionadas con la posibilidad de que, en caso de insolvencia de una determinada Isapre, se pudiera abrir un proceso para que sus afiliados o pacientes sean licitados a otro seguro privado de salud, resguardando la posibilidad de que se mantuvieran en ese sistema, o las relacionadas con el pronto pago de la deuda. Añadió que, respecto de los plazos de pago, se propuso una distinción que considere la situación de las personas mayores de 65 años de edad, pues requieren un plazo de pago de la deuda muchísimo menor que aquellas personas jóvenes y sanas.

A continuación, propuso establecer un máximo para que el pronto pago pueda ofrecerse también como prestaciones o en financiamiento de medicamentos. Ello, pues una gran cantidad de acreedores podría optar por esta modalidad, generando un impacto negativo.

En respuesta al Honorable Senador señor Chahuán, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, aseveró que esa alternativa está abierta, y depende de la Isapre presentarlas en el plan de pago. De acuerdo a lo dictado por la Excelentísima Corte Suprema, si el pago no es en efectivo, debe ser vía excedentes, que comprenden prestaciones, copagos, y otros. Añadió que en la Cámara se incorporó también la posibilidad de saldar la deuda mediante el pago en bonos.

En relación con las dudas planteadas por el Senador señor Chahuán, la **Honorable Diputada señora Gazmuri** aclaró que una Isapre que no esté en condiciones financieras de ofrecer una determinada alternativa, no va a estar obligada a hacerlo.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** afirmó que ninguno de los sectores políticos quedó totalmente conforme con las negociaciones.

Especificó que ambos sectores toleran elementos de insatisfacción respecto al acuerdo, cuestión que sería síntoma de un buen pacto.

Luego, hizo presente que habrá materias de relevancia que no estarán incluidas en el proyecto, como por ejemplo la deuda a los prestadores de salud y, sin embargo, consideró que es deber de cada integrante de la comisión mixta convencer al resto de parlamentarios de que el trabajo realizado concluyó en el mejor acuerdo posible en la práctica. Por último, estimó que el problema que el proyecto en informe pretende solucionar se produjo, en primer término, por la incapacidad de alcanzar convenios.

Después, el **Honorable Senador señor Castro González** valoró que en las conversaciones de acuerdo se haya despejado el punto acerca de las fórmulas para calcular lo adeudado, sentando que tanto la fecha de aplicación, el monto, la característica o naturaleza de excedentes —es decir, prestaciones y/o dinero—, como el plan de devolución, son de conocimiento de la Superintendencia de Salud, a quien la Excelentísima Corte Suprema entregó directamente la facultad para actuar.

Luego, comentó que hizo una propuesta en cuanto a dar un margen discreto de aumento de plazo para el pago de hasta dos años, siempre y cuando, al mismo tiempo, se rebajare el plazo máximo del plan de devolución para las personas mayores de 65 años de edad, de seis a cinco años, generando así un equilibrio y compensación en favor de un segmento etario priorizado. Sobre el particular, aseveró que dicho plazo, sin su anuencia, se aumentó a trece años, en circunstancias de que el máximo tolerable planteado desde el principio era de un total de doce años, por lo que anunció su voto en contra a esa proposición. Sin perjuicio de lo anterior, manifestó su acuerdo respecto a lo convenido en otras materias, tales como el reajuste del 10% de la prima; la nivelación retroactiva al 7% de los excedentes en los planes de pago; la mantención de la modalidad complementaria, y; un consejo consultivo acotado.

Posteriormente, indicó que el fin de la declaración de salud —que habría de verificarse antes del día 1 de octubre del corriente— debe asociarse a un mecanismo de compensación de riesgo y a un plan estandarizado de salud. Además, señaló que en caso de que se quiera debatir acerca de la continuidad de la exención de no considerar a Fonasa en el ICESA, debe proponerse como ley propia, vale decir, mediante un proyecto que modifique la [ley número 21.350](#), que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud.

Finalmente, subrayó que las materias propias de ley son el reajuste de prima de 10%, los excedentes nivelados al 7% en los planes de pago, la autorización de modalidad de cobertura complementaria y la creación de un consejo consultivo, mientras que las facultades de pago, y

determinación de fechas, montos y devoluciones corresponden al Superintendente de Salud, quien podrá actuar antes o después del día 12 de mayo, de forma independiente al resultado de la tramitación de este proyecto.

El **Honorable Diputado señor Celis** señaló que, a su entender, los acuerdos constituyen una unidad. Aseveró que concurrió a un pacto que establece en trece años el plazo máximo para el plan de devolución de lo adeudado, y que, en consecuencia, se sentiría liberado para votar en contra de dicho convenio en caso de que aquel plazo no se respete.

La **Honorable Diputada señora Yeomans** hizo un llamado a cumplir los acuerdos, advirtiendo que, en caso de no dictarse esta ley, no se podrán otorgar las correspondientes garantías a los afiliados de las Isapres para que puedan cubrirse sus prestaciones, así como tampoco a la ciudadanía en general respecto al pago de la deuda.

Por otra parte, hizo hincapié en que la oposición planteó lo relativo al monto de la deuda como un tema de gran importancia, y debido a que su sector estuvo por mantener lo establecido por el Ejecutivo a través de las indicaciones presentadas, se debieron hacer concesiones mutuas para construir acuerdos y no alterar la cifra.

En la misma línea, instó a la Comisión Mixta a avanzar, reconociendo el esfuerzo de las propuestas presentadas, las que -a su juicio- recogen varios aspectos expuestos durante el debate. Al mismo tiempo, previno que los votos del oficialismo y de la oposición se encuentran empatados, por lo que relevó la necesidad de aunar posiciones para evitar quedar sin legislación al respecto.

A su turno, el **Honorable Senador señor Gahona** coincidió con lo señalado por la señora Diputada, en el sentido de que no dictar la ley es una peor solución que concretar el pacto arribado. A su juicio, la responsabilidad de cumplir el fallo recae en el Gobierno, por lo que debe ser este el impulsor de los acuerdos. En ese contexto, argumentó que, si bien la propuesta de indicaciones presentada contiene algunas mejoras, igualmente deja al menos al 40% de las personas afiliadas al sistema privado de salud sin cobertura, los que -según sostuvo- no serán recibidos en ninguna Isapre y seguirán engrosando las listas de espera del Fonasa.

Enseguida, opinó que los acuerdos deben ser íntegros, donde todos los actores se sometan a la misma responsabilidad, previniendo la implementación de malas reformas. Por tal motivo, se mostró llano a abrir la discusión en cuanto a los años de plazo, pero que también se pueda debatir sobre el resto de los temas, entre los cuales destacó lo relacionado con el Indicador de Costos de la Salud (ICSA). Puntualizó que, con lo realizado en abril respecto de este indicador, se resuelve gran parte de los problemas

hacia adelante, pero a partir de septiembre de 2025 se volvería al esquema anterior, lo que iría en contra de la estabilidad de los ingresos del sistema.

Finalmente, remarcó que el gobierno ha sido el actor que en menor medida ha cedido para llegar al acuerdo.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** apuntó a que hace un tiempo se está tratando de abordar una crisis producida por la masiva judicialización en salud que se ha llevado a cabo por los cotizantes. Expresó que el desafío que se plantea ahora es darle sostenibilidad al sistema, otorgando garantías de acceso a la salud a todos aquellos que se encuentran en situaciones de incertidumbre.

En su opinión, la crisis es sistémica, y que los llamados a votar en esta Comisión Mixta presentan visiones distintas para dar solución al problema, desde una perspectiva pública a una mirada que apunta más hacia el sector privado.

Asimismo, para graficar algunos puntos de negociación del acuerdo, manifestó que, si bien no se encontraba a favor del plazo de 10 años, finalmente se acordó aumentar a 13, habiendo un consenso con la oposición en ese sentido, la que proponía 15 años. De igual modo, comentó que, se prefirió mantener el piso del 7% y que se redujo de seis a cinco años el pago de la deuda en personas mayores de 65 años.

Seguidamente, pese a que manifestó sus aprensiones con algunos aspectos conciliados, anunció su voto favorable y valoró la fórmula a la que se llegó por parte de la Comisión Mixta, la que tuvo como insumos la información entregada por parte del Ejecutivo y las audiencias recibidas durante la tramitación del proyecto de ley.

Por último, sentenció que, si bien no hay un voto en contra, pero sí una ausencia, lo ideal hubiese sido -para dar mayor claridad- la aprobación de la propuesta por la unanimidad de la Comisión Mixta.

El **Honorable Senador señor Chahuán**, enfatizó en la conveniencia de que hubiese quedado consignado vía indicaciones las bases de una reforma de salud. Consideró como fundamental avanzar en un plan garantizado y universal, que sea espejo tanto de los afiliados a Isapre como del Fonasa, y que cuente con un fondo de compensación de riesgo inter Isapre para que los cotizantes cuenten con mayor certeza jurídica.

Asimismo, acotó que a lo largo del debate la oposición sugirió de manera reiterada el término de las preexistencias y de la discriminación por sexo y edad que permitiera que, en caso de que un afiliado de seguro privado de salud tuviera un alza en su plan, pudiera cambiarse de una Isapre a otra, tomando importancia lo relativo al fondo de compensación de riesgo.

En ese contexto, informó que el oficialismo solamente accedió a implementar un mecanismo que viabilizara el término de las preexistencias y de la discriminación, pero que la discusión se centró en las vías de compensación, donde su sector proponía que se incorporase el aludido fondo de compensación de riesgo, y el oficialismo, por su parte, sugería una forma de compensación distinta.

En relación con lo anterior, recordó que el proyecto de ley -antes de la presentación de las propuestas- fue parte de una negociación de la Comisión de Salud del Senado con la señora Ministra de la Cartera, por medio de la cual se pretendía también sacar adelante la reforma en salud. Sostuvo que dicha reforma resulta ser urgente y necesaria, pero que este proyecto de ley no aporta soluciones en ese aspecto.

Igualmente, adujo que se harán todos los esfuerzos por parte de la Comisión de Salud del Senado para que el proyecto de ley de plan garantizado universal, ([boletín N° 8.105-11](#)), presentado durante el Gobierno del ex Presidente Piñera, pueda ser finalmente despachado. Con la misma finalidad, mencionó el ([boletín N°12.662-11](#)) de seguro catastrófico de los pacientes del Fonasa, sobre el cual remarcó que contó con el voto en contra del oficialismo por desconocimiento de las modificaciones que le fueron introducidas, y, finalmente, aquel referido a sancionar el otorgamiento y uso de licencias médicas falsas, ([boletín N°14.845-11](#)).

A continuación, el **Honorable Senador señor Macaya**, a pesar de valorar los acuerdos arribados durante la Comisión Mixta, especificó que la discusión se ha centrado en el monto de la deuda y no en las personas, lo que en su opinión trae aparejadas consecuencias negativas.

Sobre el particular, indicó que las propuestas presentadas por su sector, eran técnicamente más viables para los cotizantes, sin embargo, el Ejecutivo tomó otra decisión que dice relación con la confirmación del monto de la deuda. Agregó que los parlamentarios presentes son responsables de lo que ocurra en el futuro en este aspecto, por lo que se mostró dispuesto a instar a los diálogos que sean necesarios para arribar a los acuerdos que correspondan.

Luego, solicitó a la Superintendencia de Salud en base a las implementaciones propuestas en esta iniciativa legal, una proyección sobre cuánto subirán los planes de las Isapres en los próximos dos años, teniendo presente que en los últimos cuatro han salido aproximadamente 400.000 personas del sistema privado de salud. Puntualizó que esa interrogante es la primera que surgirá en la ciudadanía, ya que, a juicio, por más que se hable de una deuda de las instituciones, los costos los terminan pagando las personas.

En la misma línea, consultó además cuántas Isapres se cree que van a quebrar producto de su situación de deuda, alertando que posiblemente existirán personas que quedarán sin cobertura, debiendo acudir al sistema público de salud.

Finalmente, preguntó cuántas personas se estima que seguirán migrando al Fonasa luego de implementarse las nuevas condiciones que se proponen como complementarias dentro de dicho sistema.

Por otro lado, destacó algunos puntos del debate que, a su juicio, no fueron cerrados. El primero dice relación con una de las propuestas que la iniciativa en análisis plantea como es el pronto pago, consistente en entregar una suma de dinero a los afiliados de las Isapres. En su opinión, tal modalidad se asemeja al retiro de fondos previsionales -que calificó como la peor política pública que haya aprobado el Congreso Nacional- donde las personas pudieron hacer uso de esos recursos dándole un destino distinto al de origen. A raíz de lo anterior, dejó ver sus aprensiones sobre la materia, instando a que el pago pueda verse reflejado en una rebaja del plan, por ejemplo.

Seguidamente, criticó la postura de la Corte Suprema en cuanto a que el fallo tiene aplicación desde el año 2020, toda vez que, bajo su perspectiva, existe una imposibilidad fáctica para hacer el cálculo del reajuste de acuerdo a la fórmula propuesta por el máximo tribunal, en lo que dice relación con ciertos planes que no tendrían la antigüedad mayor a un año. De este modo, recalcó que sería un error aplicar la sentencia desde el año 2020 y no desde el 2021, previniendo que la responsabilidad sobre aquello recaerá en los tres poderes del Estado.

La **señora Ministra**, en primer lugar, resaltó los esfuerzos realizados para evitar que se genere una crisis sistémica, existiendo medidas que ya han sido implementadas, como el adelanto del reajuste anual, el cálculo del ICASA sin ponderador Fonasa por una vez, o la suspensión de cobro respecto a menores de dos años de edad, lo que cumple parcialmente con la sentencia de la Corte Suprema en lo que se refiere a la tabla única de factores. Agregó que esto último se logró con una compensación financiera de las Isapres a través de una prima prorrateada que ya se ejecutó.

Recordó a los señores parlamentarios que como Ejecutivo están reincorporando una indicación que fue rechazada en la Cámara de Diputados, respecto al tope del cálculo de la deuda de la cotización legal, para así evitar que personas que recibieron devoluciones a través de excedentes tengan un doble pago.

De igual manera destacó otros cambios, como aquellos alusivos a que el plazo para pagar la deuda sea prolongado, que no genere intereses y que se permita a través de la emisión de bonos y mediante pagos en

efectivo, considerando una tasa de descuento. Mencionó también otros ajustes, como permitir que todo nuevo contrato sea del 7%, o que los contratos vigentes tiendan al 7%, lo que compensa, en parte, la disminución de ingresos producto de la tabla de factores, sumado a otros cambios como la posibilidad de hacer un ajuste extraordinario, o que se separen los pasivos de los indicadores para evitar una quiebra técnica.

Resaltó que con estas medidas es indudable todo el esfuerzo que ha realizado el Gobierno, lo que representa, sin estar exento de dificultades, una forma de llegar a un acuerdo, según se materializó en la última proposición del Ejecutivo.

Finalmente, acotó que el hecho que el Ejecutivo se haya allanado a ampliar los plazos de restitución tiene como efecto que se reduzca la presión financiera sobre la industria, lo que hace que queden en una mejor posición en relación al tope en el alza de las primas, pues a su vez provoca que existan mejores condiciones de cumplimiento y evita alzas más pronunciadas.

El **Honorable Senador señor Macaya** apuntó que en función de los últimos dichos de la señora Ministra resultaba útil saber si va a quebrar alguna Isapre. Destacó la importancia de poder transmitirle tranquilidad a los usuarios del sistema respecto a este punto.

El **Honorable Senador señor Gahona** expresó que las concesiones que relató la señora Ministra suponen una ayuda, pero que sólo se entienden proyectadas por un año, causando igualmente el quiebre de las Isapres de manera posterior.

El **señor Superintendente de Salud** informó que las cerca de 600.000 personas que han abandonado el sistema privado de salud lo han hecho en los dos últimos años fundamentalmente a propósito de las alzas de los planes de salud. Al respecto, llamó a recordar cómo se produjeron tales alzas, las cuales según apuntó, se produjeron de manera conjunta, donde hubo primeramente un proceso de adecuación del precio base que ocurrió en el mes de junio del año 2022, mientras que la segunda fue en el mes de septiembre.

Observó que se trataron de dos alzas muy importantes, particularmente aquella referida al precio GES, y que significaron un impacto no menor en la esfera económica de las personas.

Expresó que, si se mira lo que se ha resuelto sobre la materia, no solamente en el contenido del proyecto de ley objeto de estudio, sino que también en lo regulado en la última ley de reajuste del sector público, se advierte que se han separado las alzas para evitar efectos perjudiciales. Al respecto, hizo presente que el alza que está considerada como

extraordinaria en la presente iniciativa legal no estará separada por dos o tres meses de la adecuación del precio base habitual, toda vez que este último ajuste se reprogramó para septiembre del año 2025. Aclaró que este último proporciona un plazo de un año, dependiendo de cuánto dure todo el proceso de validación de los distintos planes de ajuste de contingencia.

Resaltó que esto último constituye ya una primera medida de amortiguación respecto de los efectos planteados por el Senador Macaya.

A continuación, en lo referente a las alzas por las primas, manifestó que el hecho de aumentar el plazo de pago de la deuda también tiene el efecto de disminuir la prima, así como también respecto del tope. Precisó que realizaron una comparación objetiva en el mes de julio del año 2023, considerando la diversidad de contratos existentes, donde algunos de ellos han tenido rebajas por fallos alusivos al GES, o por la aplicación de la tabla de factores por contar con menores de dos años de edad. Explicó que producto del análisis realizado no existirán alzas mayores al 10%.

Observó que es difícil hacer una proyección respecto al comportamiento y las decisiones que tomen a futuro las personas, pero enfatizó que con las medidas que han ido adoptando están evitando que llegue a ocurrir una migración masiva de usuarios al sistema público.

En cuanto a las consultas formuladas sobre cuántas Isapres podrían llegar a quebrar, respondió que dicho tema siempre dependerá en último momento de las decisiones que tomen las propias Isapres. Puntualizó que el proyecto de ley objeto de análisis busca mejorar las condiciones del cumplimiento de un fallo de la Corte Suprema, facilitando que puedan continuar las operaciones de estas entidades privadas. Añadió que la ley no podría entrar a resolver todas aquellas materias que son decisiones propias de los directorios, como por ejemplo la capitalización, la oferta de nuevos planes que estén realmente compensados o las medidas de contención de costos.

Explicó que en ese contexto es que se genera una política pública para mejorar las condiciones de toma de decisiones de los directorios, agregando que esperan que ninguna de las Isapres tenga que quebrar.

El **Honorable Senador señor Macaya**, en lo que concierne al copago y a la posibilidad que parte del porcentaje de la deuda para cada uno de los afiliados pueda ser utilizado como copago, consultó si está siendo considerado dentro de la perspectiva de liquidez del sistema.

El **señor Superintendente** respondió que la sentencia de la Corte Suprema establece que todos los cobros en exceso deben ser devueltos por la vía de los excedentes, por lo que precisó que se tiene, por una parte, el régimen habitual de excedentes que va a regular el pago de la deuda y,

adicionalmente, se han establecido otras medidas que no estaban contenidas en el régimen habitual de excedentes. Citó, a modo de ejemplo, la medida que coloquialmente ha sido llamada “pronto pago” o el bono de deuda que son elementos que se han agregado como alternativas para el pago de la deuda.

Sin perjuicio de lo anterior, aclaró que el régimen general considera cubrir cotizaciones en caso de cesantía e incluso se pueden cubrir deudas de cotizaciones respecto a los trabajadores independientes. Agregó que también está contemplado el copago, es decir, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado. Señaló que en tercer lugar también pueden financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato. Informó que en cuarto lugar los excedentes pueden ser utilizados para pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Isapre haya otorgado al afiliado. En quinto lugar, mencionó su uso para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias. Finalmente, precisó que también pueden ocuparse para financiar un plan de salud durante el periodo en que se tramita la jubilación.

Destacó que todos esos elementos, más los agregados en el proyecto de ley objeto de estudio, son los mecanismos que tienen las Isapres para poder ofertar dentro de su plan de ajuste.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó sobre el supuesto de deudas de los afiliados por falta de pago de cotizaciones, en el entendido si acaso podían imputarse a esos excedentes.

El **señor Superintendente** respondió que, en el caso de los trabajadores independientes, sí era posible.

La **Honorable Diputada señora Gazmuri** comunicó tener algunas dudas respecto a los artículos, que tienen que ver con la posibilidad de ajustar al 7% de manera retroactiva los contratos vigentes. Hizo presente que siempre ha manifestó no estar de acuerdo con una medida como aquella, por lo que han solicitado clarificaciones sobre la materia, sin perjuicio que han persistido algunas aprensiones.

Manifestó que es de toda lógica que la seguridad social tiene que ser de un 7% para todos los planes futuros, sin embargo, advirtió que modificar planes vigentes unilateralmente es una cuestión que le genera conflicto.

Preguntó si los excedentes que lleguen a generarse, por ejemplo, por la diferencia entre el 5% y 7% se les devolverá a los usuarios. Preciso que si aquello no llega a ocurrir se estaría en presencia de un acto expropiatorio, donde se reduciría la deuda, considerando que sí se les debe a los afiliados.

Resaltó que ha sido complejo el tratamiento de los artículos 2 y 8 en relación a la modificación de contratos vigentes de manera retroactiva. Insistió en saber qué ocurrirá con los excedentes, de manera de saber si quedarán con una reducción o serán pagados íntegramente.

La **señora Ministra** contestó que como Ejecutivo han aclarado este punto en reiteradas oportunidades. Sostuvo que a las personas no se les están cambiando sus contratos de forma retroactiva, sino que lo que establece el artículo 2, para efectos del cálculo de lo que se debe devolver, es que se debe considerar un piso, que es la cotización legal.

Explicó que las personas que cuentan con un contrato por debajo del piso de la cotización legal tuvieron derechos a excedentes, a menos que hubiesen renunciado. Agregó que si no llegan a recibirlos tendrán derecho a que se los devuelvan.

La **Honorable Diputada señora Gazmuri** advirtió que podía existir un tope en la devolución de los excedentes a las personas, sin que se restituya todo lo que se les debe.

La **señora Ministra** replicó que no hay un tope al respecto, sino que lo que se establece es que las personas tienen un derecho a excedentes que es la fracción que está por debajo de la cotización legal. Apuntó que tendrán derecho a la devolución íntegra de esos excedentes, a menos que hayan renunciado a éstos o los hayan utilizado.

Continuó señalando que, si se diera el caso que la persona no hubiese utilizado los excedentes en la fracción del año en curso hasta que se cumpla la sentencia de la Corte Suprema, de no haberse devuelto, tiene derecho a esa fracción de excedentes, mientras que en el tiempo anterior debiese ya haberse restituido ese excedente en la liquidación de cada año como establece la normativa de la Superintendencia de Salud.

La **Honorable Diputada señora Gazmuri** preguntó si acaso en el artículo 8 no se estaría estableciendo un tope en la devolución de los excedentes.

La **señora Ministra** respondió que el mencionado artículo lo que define es que los contratos vigentes pasan a estar, en lo sucesivo, con la cotización del 7%, y no de manera retroactiva.

Precisó que una vez que se apruebe el proyecto de ley, las Isapres tendrán que comunicarles a sus afiliados que éstos cuentan con un contrato que actualmente están pagando la cotización legal, pero que dicha cotización legal será lo que efectivamente costará su plan de salud, por lo que a cambio de aquello la Isapre tendrá que ofrecerle nuevos servicios, en el entendido que las personas dejarán de percibir excedentes que tenían en

razón de la diferencia entre el precio del plan y la cotización legal. Recalcó que esto último será cautelado por la Superintendencia de Salud de manera tal que efectivamente se les ofrezcan nuevos beneficios a las personas.

El **Honorable Senador señor Castro González** señaló que producto del debate suscitado en la Comisión Mixta existe consenso que si llegan a quebrar las Isapres también se verán perjudicadas las clínicas. Apuntó que si tal diagnóstico es efectivo resultaba necesario incorporar enmiendas que permitan fortalecer el rol del Fonasa.

Por lo anterior, instó a poder incluir un artículo transitorio nuevo que le entregue facultades adicionales a Fonasa. Expresó que, en caso que no se quiera incorporar una disposición como la propuesta, que desde Fonasa pudiesen explicar cómo podrían dar respuesta ante la posible quiebra de las clínicas.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** opinó que, tras escuchar las distintas inquietudes formuladas en la presente sesión, el diálogo para llegar a acuerdo todavía no estaba agotado, por lo que apeló a que pueda generarse la misma dinámica de conversación que se tuvo durante la jornada de la sesión del día anterior.

Llamó a aprobar el proyecto de ley, pensando en la salud de los pacientes que pueden verse perjudicados frente a la quiebra de las Isapres y los posibles atrasos en las atenciones de salud.

El **Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Elizalde** observó que en la discusión que se ha generado, puede afirmarse que existen acuerdos en todas las materias y que hay un punto específico, tratado en la reunión de la jornada del día anterior, donde no participó un señor parlamentario, pues se retiró más temprano, quien señaló que no estaba disponible para votarlo a favor, y que dice relación con la diferencia entre 12 y 13 años para la restitución de la deuda.

El **Honorable Senador señor Castro González** puntualizó que aquello no era efectivo.

El **Honorable Senador señor Macaya** expresó que ha podido observar más diferencias que aquellas levantadas por el Senador Castro González.

Enseguida, concordó con el señor Ministro que no es necesaria la unanimidad para terminar con el trabajo de la Comisión Mixta, sin embargo, hizo presente que desde su rol como presidente de la mentada Comisión le correspondía hacer los máximos esfuerzos para poder llegar a un consenso y que sea respaldado tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados.

Agregó que la fecha del 12 de mayo de 2024 que se ha presentado como una fecha límite y fatal para aprobar la ley, con ocasión de la información que han recibido, no sería estrictamente un plazo fatal.

El **señor Ministro** precisó que respecto del acuerdo que se generó en las negociaciones en la jornada del día anterior hay una diferencia en un punto en particular, donde un parlamentario de manera legítima sostiene que le es inoponible ese acuerdo, por no haber estado presente. Asimismo, observó que existen diferencias en otras materias, pero donde no hay ánimo de llegar acuerdo, toda vez que las posiciones son bastante distantes unas de otras.

Dicho lo anterior, afirmó que desde el Gobierno es importante que el presente proyecto de ley se apruebe a la brevedad, pensando en el bienestar de las personas y los pacientes. Precisó que si no llega a haber ley se generará un problema sistémico.

En lo que respecta a las inquietudes del Senador Castro González sobre la quiebra de las Isapres y las clínicas, expresó que siempre está el riesgo teórico que una institución pueda quebrar, pero puntualizó que lo que no puede llegar a ocurrir es que haya una situación regulatoria o marco que inviabilice a una determinada industria.

Recordó que la iniciativa legal objeto de análisis establece, en primer lugar, que se cumpla el fallo de la Corte Suprema y, en segundo término, que se le dé una viabilidad a las Isapres generando condiciones para que puedan realizar las labores que le encomienda la ley.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** manifestó que el aumento del plazo de 10 a 13 años, fue un elemento importante para que el tope del 10% no creciera, es decir, que se mantenga ese porcentaje, que implica que a los afiliados de las Isapres no se les suba el costo del plan de manera importante. Disminuir el plazo de 13 años para pagar la deuda, puede llevar a un aumento del tope de 10%, lo que implicaría que los afiliados van a tener un aumento del costo total de sus planes.

- - -

El **Honorable Senador señor Macaya** indicó que dentro de los documentos que han servido de insumo para legislar sobre esta y otras materias, hay algunos compromisos que ha asumido la Superintendencia de Salud y consideró importante que se ratifiquen en la Comisión.

La **Subsecretaria General de la Presidencia, señora Macarena Lobos** explicó que siguiendo la práctica que se utilizó en el despacho de la Ley de Presupuestos del Sector Público, finalmente el protocolo se cambió por un compromiso, porque es un compromiso que asume el Ejecutivo con

los Parlamentarios, a diferencia de los protocolos que lleva la firma de todos quienes lo suscriben, esto compromete al Ejecutivo ante el Parlamento, y que es del siguiente tenor:

**COMPROMISO DEL EJECUTIVO PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO
“LEY CORTA ISAPRES”
BOLETÍN N°15896-11**

El Ejecutivo mediante el presente compromiso, recoge distintas inquietudes formuladas transversalmente a lo largo de los distintos trámites del presente proyecto de ley, y con el ánimo de viabilizar su despacho se compromete a implementar los aspectos que a continuación se indican. Por su parte, las y los parlamentarios se comprometen a aprobar la presente iniciativa dentro del plazo fijado por la Excma. Corte Suprema.

- 1. Dar urgencia calificada de suma al proyecto de ley que crea el seguro de salud catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de FONASA (Boletín N°12.662-11); cuyo título se ha indicado actualmente como proyecto de ley que crea el sistema de acceso priorizado a determinadas intervenciones sanitarias.*
- 2. Presentar, durante el mes de mayo de 2024, las indicaciones al proyecto de ley que modifica la ley N°20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer las sanciones administrativas y penales que indica. (Boletín N°14.845-11). Ingresadas las indicaciones se le dará suma urgencia al referido proyecto.*
- 3. Incluir en la iniciativa que se compromete en el inciso primero del artículo undécimo del presente proyecto de ley, que considera el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud: (a) una propuesta de nuevo gobierno corporativo; y, (b) mejoras a la regulación del cálculo del Índice de Costo de la Salud (ICSA).*
- 4. La Superintendencia de Salud se compromete a:*
 - (a) Aplicar en forma simultánea en un primer tiempo la adecuación de tabla de factores y el ajuste de los planes de salud al valor de la cotización legal;*

- (b) *Aplicar en forma simultánea la aplicación del plan de pago con la implementación de la prima extraordinaria; y,*
- (c) *Que el plazo que medie entre ambos procesos sea el menor posible.*

5. *Acordar con la Comisión Mixta el nombre de los integrantes del Consejo Consultivo de la Superintendencia de Salud que se crea en este proyecto de ley.*

- - -

A continuación, el **Honorable Senador señor Macaya** hizo presente que se han presentado tres oficios que contienen las propuestas del Ejecutivo, correspondientes a los números [071-372](#), [077-372](#) y [079-372](#).

Informó que el Diputado Tomás Lagomarsino formuló una propuesta de orden de votación dividida por temas, que logró el consenso de los integrantes de la Comisión.

Enseguida, el **Honorable Diputado señor Lagomarsino** detalló los 5 grupos de normas que se someterán a votación:

La primera votación, será relativa al Consejo Consultivo, que corresponde al artículo 1°, numeral 3).

La segunda votación, comprenderá la aplicación de la tabla única de factores de riesgo y el plan de pago, con excepción del plazo establecido de 13 años para el pago. Por tanto, comprende los artículos 2° y 3°, excluyendo el inciso segundo del artículo 3°.

La tercera votación, será sobre el plazo de pago de 13 años, contemplado en el inciso segundo del artículo 3°.

La cuarta votación, incide en la Modalidad de Cobertura Complementaria del Fonasa y sobre el Índice de Costos de Salud (ICSA) sin mecanismos de contención de pago por tres años, que corresponde al artículo 1° numerales 1), 4) y 5) y al artículo décimo segundo transitorio, que propuso recientemente el Ejecutivo.

La quinta votación, corresponde a todas las otras normas en discrepancia, que no están contenidas en las votaciones anteriores, es decir, el artículo 1°, numerales 8), 8) nuevo, 9), 10), y 10) nuevo; artículo 4°; artículo 5°, artículo 6°; artículo 4°, nuevo; artículo 7°; artículo 8°; artículo 9°; artículo 10°, artículo 8°, nuevo, y los artículos transitorios segundo; tercero; cuarto; quinto; sexto; segundo, nuevo; sexto, nuevo; décimo y undécimo.

La **Honorable Diputada señora Yeomans** consideró necesaria la propuesta y la forma de agrupar las materias.

Respecto a las otras normas que se someten a votación, la **señora Ministra de Salud** aclaró que en ellas se comprende la separación del cumplimiento de los indicadores sobre la deuda y se considera el fin de la determinación del patrimonio mínimo de las Isapres para evitar la quiebra técnica, producto del cálculo del pasivo, que es uno de los elementos que incorpora el Ejecutivo para dar viabilidad a la industria en el sentido de no tener que intervenir por modificación de indicadores.

A su vez, se repone el artículo sobre la prohibición del retiro de utilidades y, por lo tanto, también se solicita la reposición de los artículos relacionados con las sanciones, en el caso de retiro de utilidades.

Respecto al cuarto grupo de normas, puntualizó que se refiere a la propuesta de solución de discrepancias por temas de Fonasa. Recordó que, en general, respecto de la MCC y Fonasa, no hubo discrepancias de fondo.

En ambos trámites se aprobó la existencia de la MCC y sus principales características, la dotación que está en el informe financiero de 26 funcionarios para el Fonasa, la facultad del Fondo Nacional de Salud para reclasificar de oficio a los pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A; la continuidad de las atenciones GES y de las decretadas por sentencia judicial de los afiliados cuya Isapre cae en insolvencia.

Recordó que la MCC es la posibilidad de Fonasa de licitar seguros financieros complementarios por parte de aseguradoras privadas que quedarían bajo la supervisión de la Comisión para el Mercado Financiero. Fonasa continuaría bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud y en virtud de esta modalidad las personas a cambio del pago de una prima voluntaria podrían tener una cobertura financiera mayor para sus gastos de bolsillo en el uso de la Modalidad de Libre Elección dado que en este gobierno el Presidente Boric, ha otorgado la gratuidad en la Modalidad de Atención Institucional para todos los asegurados del Fondo Nacional de Salud.

Las enmiendas que se introdujeron en la Cámara de Diputados y que no se aprobaron tenían relación con solicitudes que había hecho la misma industria de aseguradores que facilitaban la implementación como, por ejemplo, que se pueda enterar la prima a través de los empleadores y que pueda existir descuentos en la prima por grupo familiar.

Asimismo, se repone el artículo que se rechazó en la Sala del Senado, que aseguraba la continuidad de los tratamientos para las personas

en caso de insolvencia de la Isapre que habían activado el seguro catastrófico.

Por último, puntualizó que ya se había aprobado en el Senado y también en la Cámara de Diputados, la continuidad de las personas que estaban en tratamiento GES y aquellos que habían judicializado tratamientos. Esos son los artículos que se someten a votación.

Sobre el artículo duodécimo transitorio, sostuvo que fue el resultado de las discusiones que se han tenido para lograr un acuerdo en esta instancia, que contempla prorrogar la mecánica del cálculo de Índice de Costos de la Salud (ICSA), que fue aprobado en la ley de reajuste pasada, hasta el año 2027 o hasta que exista una nueva normativa, cualquiera de las cosas que ocurra primero.

El **Honorable Senador señor Castro González** consideró inoportuno mezclar dos temas en una misma votación. La primera parte a lo que aludió la Ministra, tiene que ver con mecanismos que perfectamente se pueden resolver y aprobar, pero nada tiene que ver con el ICSA, que a su juicio es una situación vergonzosa que algunos pretenden implementar, y solicitó la votación separada en este punto, formalmente.

El **Honorable Senador señor Macaya** precisó que el acuerdo de votación por grupos de normas no fue un acuerdo fácil de alcanzar, fue dado a conocer al inicio de la sesión en varias oportunidades como un acuerdo alcanzado por esta Comisión, nadie se opuso, está formalizado de esa manera.

El **Honorable Senador señor Castro González** sostuvo que se pretende maquillar un ICSA, que es una fijación por tres años de un reajuste excepcional, que no considera variaciones de precios, de las nuevas prestaciones, de costos y del Fonasa.

El **Honorable Diputado señor Lilayu** recordó que fue bastante crítico con la MCC y nunca le quedó claro los valores que significaría un seguro de esa naturaleza para las familias, que en un inicio se señaló que ascendería a \$30.000 aproximadamente. Añadió que espera que la modalidad nueva sea un éxito y que el valor del seguro no sea excesivo.

Manifestó que no está totalmente conforme con todas las indicaciones del Ejecutivo, que apuntan a transferir gran parte de la deuda a los pacientes a través de alzas de precios, lo que era evitable a través de mecanismos como la mutualización o la propuesta académica de la FEN de la Universidad de Chile.



Sin embargo, consideró que han llegado a una propuesta que tiene múltiples mecanismos para minimizar los riesgos de una quiebra masiva del sistema, y que permite su viabilidad.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó reglamentariamente, votación separada, independiente de los acuerdos políticos que se hayan señalado en algún momento y que disfrazaron el problema del ICOSA, que le importa que se vote en su mérito separadamente.

El **Honorable Senador señor Macaya** recordó que plantearon un esquema de votación al inicio de la sesión, que fue un esquema acordado. Propuso mantener el acuerdo que fue unánime y votar conjuntamente el artículo correspondiente al ICOSA y a la MCC.

El **Honorable Senador señor Gahona** comprendió que para el Senador Castro González es complejo votar en contra de la MCC, porque quiere votar en contra del ICOSA, y al estar ambos temas agrupados, se le obliga a votar también en contra de la MCC, pero recordó que fue un acuerdo unánime de la Comisión votar de esa forma y no hubo objeción alguna en el momento del acuerdo.

La Comisión fue del parecer de votar las normas en conjunto según se había acordado y así lo dispuso el Presidente de la Comisión **Honorable Senador señor Macaya**.

A su vez, solicitó autorización a la Comisión para facultar que la Secretaría realice los ajustes formales que sean necesarios al texto del proyecto de ley.

A continuación, se realizó la votación, dividida en los 5 grupos de normas antes señalados, cuyo resultado se consigna más adelante, según el orden del articulado del proyecto de ley.

- - -

ACUERDOS DE LA COMISIÓN MIXTA

A continuación, se efectúa una relación de las diferencias suscitadas entre ambas Corporaciones durante la tramitación de la iniciativa, así como de los acuerdos adoptados a su respecto³.

Artículo 1°

³ El Ejecutivo presentó diversas propuestas contenidas en los Oficios N°s [071-372](#), [077-372](#) y [079-372](#)

Número 1)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 1° del proyecto de ley, que introduce modificaciones, a través de 12 numerales, en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

El numeral 1), es del siguiente tenor:

“1) Intercálase, en el inciso primero del artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando los actuales literales g) y h) a ser literales h) e i), respectivamente:

“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponderá, entre otras funciones, elaborar la o las pólizas de seguro que deberán observar las compañías de seguro que otorguen la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre compañías de seguro, sociedades anónimas y bolsas de comercio.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias señaladas en el artículo 144 bis;”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el número 1) propuesto.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el texto del numeral 1) del artículo 1° aprobado por el Senado, en primer trámite.

El **Honorable Diputado señor Celis** destacó que la MCC ya no sea por trato directo, sino que a través de un mecanismo abierto y transparente y destacó que el Ejecutivo se allanó a eso.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** consideró que este es un momento histórico porque se le da al Fonasa, a través de la MCC un elemento que va a permitir a los afiliados contar con una cobertura complementaria positiva para sus atenciones de salud, podrá cubrir copagos

de la MLE, copagos del Pago Asociado a Diagnóstico (PAG), prestaciones adicionales a las que actualmente están aranceladas con criterios sanitarios, entre otros elementos que a la vez, incluye el seguro catastrófico de salud a partir del tercer año, que es un proyecto de ley impulsado por el Senador Chahuán.

Añadió que si para tener ese buen elemento, tienen que aprobar un ICESA sin contención de costos por tres años, tendrán que ceder en eso, pero se les ofrece mejores condiciones a través de la MCC a las personas.

El **Honorable Senador señor Gahona** sostuvo que hay que llegar a acuerdo, personalmente indicó que no le gusta la MCC, porque estimó que será una carga adicional para las personas que tengan que migrar de una Isapre, en caso de alguna quiebra, pero hay un acuerdo, cedió en este punto y adelantó que votará a favor.

- La propuesta del Ejecutivo fue aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión Mixta, Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. En contra, votaron los Honorables Senadores señora Órdenes y señor Castro González. (8 x 2)

La **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó que va a respetar el acuerdo de votación conjunta de normas sobre MCC y la norma del ICESA, sostuvo que, si ésta fuera separada, votaría a favor de la MCC, pero en contra del ICESA, lo cual informó oportunamente.

En el mismo orden de ideas, el **Honorable Senador señor Castro González** fundamentó su voto en contra de las normas relativas a la MCC, toda vez que se le ha impedido votar separadamente los numerales 1), 4) y 5) que recaen en el artículo 1°, referidos a la MCC de aquella norma que contempla el ICESA, por tanto, está obligado a votar en contra.

El **Honorable Senador señor Macaya** manifestó que tenía dudas respecto a lo que significa la MCC. Recordó que en el programa de Gobierno consideraba el fin de las aseguradoras privadas y la MCC es una forma de reforzar ese rol público, que va paulatinamente cumpliendo ese sueño. Y esa era una de las razones por las cuales se distanciaba de esta propuesta.

Sostuvo que su voto a favor es uno de esperanza mezclado con dudas, y la esperanza radica en el proyecto de ley que será ingresado el 1° de octubre, que está plasmado en el proyecto de ley en una disposición transitoria.

Número 3)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un numeral 3) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies, 130 octies y 130 nonies, nuevos, que lo integran:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional.

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882.

Los consejeros durarán en su cargo tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud

Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

- a) Expiración del período para el que fue nombrado.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Condena a pena aflictiva.
- d) El fallecimiento de la persona.
- e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.
- f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.
- g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.
- h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de noventa días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, promulgado en 2000 y publicado en 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración

adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.

Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas:

- Modificó la numeración, pasando a ser número 2, con las siguientes enmiendas:

Encabezado

- Eliminó la expresión “y 130 nonies,”.
- Reemplazó la coma que sigue a la expresión “130 septies” por la conjunción “y”.

Artículo 130 bis propuesto

Inciso primero

- Reemplazó la frase “en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional”, por la siguiente: “en el proceso de restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por las instituciones de salud previsional y distintas a la Tabla Única de Factores”.



Inciso segundo

Lo eliminó.

Inciso tercero

Pasó a ser inciso segundo, sin modificaciones.

oooo

Inciso final, nuevo

Incorporó el siguiente inciso final, nuevo:

“La Superintendencia de Salud deberá justificar de forma clara y precisa en su pronunciamiento la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo, el cual deberá estar a disposición del público a través de su página web institucional en el plazo máximo de treinta días corridos desde que se dicte la resolución.”.

oooo

Artículo 130 ter propuesto

Inciso primero

Eliminó la oración final.

Inciso segundo

Lo reemplazó por el siguiente:

“Los consejeros durarán en su cargo el tiempo que requieran para su cometido en virtud de lo establecido en el artículo 130 bis.”.

Inciso tercero

Lo sustituyó por el siguiente:

“Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a un ingreso mínimo mensual por cada sesión a la que asistan, con un máximo de cuatro ingresos mínimos mensuales por cada mes calendario.”.



Artículo 130 quáter propuesto

Lo reemplazó por el siguiente:

“Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio del cargo de ministro de Estado, subsecretario, diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, secretario y relator del Tribunal Constitucional, miembros de los demás tribunales creados por ley, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.”.

Artículo 130 quinquies propuesto

Numeral 1)

- Reemplazó la expresión “dos” por “cinco”.

o o o o

Inciso final, nuevo

Incorporó el siguiente inciso final, nuevo:

“Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar servicio alguno, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.”.

o o o o

Artículo 130 octies propuesto

Inciso primero

Intercaló entre la frase “, una vez cada dos meses” y el punto y seguido, la frase “mientras duren las atribuciones contempladas en esta ley”.

Artículo 130 nonies propuesto

Lo eliminó.

El Senado, en tercer trámite, rechazó las enmiendas formuladas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso reemplazar el numeral 3) aprobado por el Senado en primer trámite constitucional, por el siguiente:

“3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies y 130 octies, nuevos, que lo integran:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago y ajustes de las ISAPRE, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

La Superintendencia de Salud deberá justificar de forma clara y precisa en su pronunciamiento la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo, el cual deberá estar a disposición del público a través de su página web institucional en el plazo máximo de treinta días corridos desde que se dicte la resolución.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario.

Los consejeros durarán en su cargo el tiempo que requieran para su cometido en virtud de lo establecido en el artículo 130 bis.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de ministro de Estado, subsecretario, diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos cinco años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud

Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar servicio alguno, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

- a) Expiración del período para el que fue nombrado.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Condena a pena aflictiva.
- d) El fallecimiento de la persona.
- e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.
- f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.
- g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.
- h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, promulgado en 2000 y publicado en 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses, mientras duren las atribuciones contempladas en esta ley. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.”.”.

La **señora Ministra de Salud Ministra** señaló que la propuesta que presentó el Ejecutivo, plantea mantener la dieta de los consejeros aprobada en el Senado; se resuelve la referencia a la Alta Dirección Pública; pasa a ser un órgano transitorio; se suprime el nombramiento por parte de los Ministros de Estado, el nombramiento será mediante una nómina, que fue simplificado en el artículo quinto transitorio, en respuesta a las conversaciones sostenidas para alcanzar acuerdo.

Explicó que, en lo sustantivo, el Consejo va a tener carácter transitorio, cuyo objetivo será recibir las propuestas del plan de pago, de ajustes y de costos, es decir, las propuestas de mejoría de eficiencia que tengan que hacer las Isapres y la propuesta de alza, que se va a traducir en una prima.

Los aspectos mencionados son los que tiene que regular el Consejo, revisarlos, con plazos definidos para aprobarlos o en su caso, hacer observaciones y devolverlo a las Isapres para que tenga una iteración. En una segunda iteración el Consejo puede aprobarlo o rechazarlo.

En caso de aprobación le recomienda al Superintendente y al Intendente que lo apruebe, o en su defecto, si no se aprueba, la Superintendencia tendrá la posibilidad de aprobarlo. Añadió que contempla una serie de inhabilidades definidas para los miembros del Consejo.

El **Honorable Senador señor Senador Castro** observó que la naturaleza del Consejo no es vinculante, por lo tanto, realiza una recomendación al Superintendente respecto al plan de devolución y a la manera en que se hacen las fórmulas de pago. Consideró razonable haberlo dejado más acotado y sugirió que más adelante se piense en una gobernanza de la Superintendencia de Salud.

- **La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)**

Número 4)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un numeral 4) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, modificó el numero pasando a ser número 3, con las siguientes enmiendas:

Artículo 142 propuesto

- Reemplazó la conjunción “o” por una coma.
- Intercaló a continuación de la palabra “Complementaria” la expresión “, o ambas,”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó las enmiendas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar las enmiendas propuestas por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, al texto aprobado por el Senado.

- **La propuesta del Ejecutivo fue aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión Mixta, Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri**

y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. En contra, votaron los Honorables Senadores señora Órdenes y el señor Castro González. (8 x 2)

Número 5)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un numeral 5) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:

“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en los artículos 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.

Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.

Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda.

Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

Asimismo, la resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico.

Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al

conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N° 20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita. Las primas complementarias constituirán ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna.

El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar mediante una resolución el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificación por parte de la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.

La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, en variación permanente de su cotización legal y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se

acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, sólo podrá volver a inscribirse en aquella transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores.

Artículo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.

Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.

Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:

a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo.

b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas.

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima.

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.

e) El plazo de duración del contrato.

f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protección financiera especial, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria.

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal.

h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación.

i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos.

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de esta última.

k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Artículo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 sexies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que éste fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si éste se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley.

Artículo 144 octies.- En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas al numeral 5), que pasó a ser numeral 4):

Artículo 144 ter propuesto

Inciso primero

Ha incorporado a continuación del punto y aparte, que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración:

“La modalidad también contiene un seguro catastrófico en los términos del artículo 144 quáter.”.

Inciso segundo

Ha sustituido la expresión “Asimismo, las” por “Las”.

Inciso tercero

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas por el Fondo Nacional de Salud de conformidad con el arancel que se fije al efecto, y en la parte que le corresponda; por la cobertura financiera complementaria que otorgue la compañía de seguros en los términos que establece la póliza; y por el copago al que concurra la persona beneficiaria. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezca en la póliza.”.

Inciso cuarto

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda. Este arancel deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención hospitalaria se contemplarán mecanismos de pago destinados a financiar la solución del problema de salud. El arancel de la modalidad de cobertura complementaria podrá considerar prestaciones con pertinencia sanitaria no contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. Para la incorporación de nuevas prestaciones en el arancel de la modalidad, se podrá considerar otros aranceles para personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.”.

Inciso quinto

Ha reemplazado la expresión “en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior” por “en conformidad a este artículo”.

oooo

Inciso sexto, nuevo

Ha incorporado el siguiente inciso sexto, nuevo:

“Las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se regirán por las reglas del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.”.

oooo

Artículo 144 quáter propuesto

Inciso primero

Ha reemplazado la expresión “calendario” por la frase “de vigencia de la póliza respectiva”.

Inciso tercero

Ha reemplazado la frase “La protección financiera especial” por “La cobertura del seguro catastrófico”.

Inciso quinto

Ha reemplazado la expresión “Asimismo, la” por el artículo “La”.

Artículo 144 quinquies propuesto

Inciso segundo

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita, que constituirá ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirá, en caso alguno, ingreso fiscal ni formará parte del presupuesto público; la cual se podrá enterar a través de entidades que recauden cotizaciones de seguridad social.”.

oooo

Inciso tercero, nuevo

Ha intercalado el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual ser cuarto:

“Los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.”.

oooo

Inciso tercero propuesto, que ha pasado a ser cuarto

Ha incorporado a continuación del punto y aparte, que ha pasado a ser punto y seguido, la siguiente oración: “Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.”.

Incisos cuarto y quinto

Han pasado a ser quinto y sexto, respectivamente, sin modificaciones.

Inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo

Ha sido reemplazado por el siguiente:

“Las personas beneficiarias que incumplan el pago de la prima complementaria no se encontrarán amparados por la cobertura en el mes respectivo. Asimismo, en el caso que durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejen de dar cumplimiento al pago de la prima, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, lo que deberá ser notificado por la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, e informarán de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos hasta el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o por la entidad encargada del pago de la pensión.”.

o o o o

Inciso noveno final, nuevo

Ha incorporado el siguiente inciso noveno final, nuevo:

“Que la persona afiliada haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria no implicará la afectación de su afiliación ni acceso a coberturas a través del Fondo Nacional de Salud.”.

o o o o

Artículo 144 sexies propuesto

Inciso cuarto

Letra c)

Ha agregado a continuación de la palabra “prima” el siguiente texto: “, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de previo de prima para grupos familiares”.

Letra e)

Ha incorporado a continuación de la palabra “contrato” la frase “, el que no podrá ser superior a cuatro años”.

Letra f)

Ha reemplazado la frase “y de la protección financiera especial” por “y del seguro catastrófico”.

Letra j)

Ha reemplazado la frase “las fórmulas de adecuación de esta última” por la siguiente: “sus fórmulas de adecuación, un monto mínimo referencial de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares”.

Artículo 144 septies propuesto

Inciso segundo

- Ha agregado a continuación de la palabra “resolución” la expresión “fundada”.

- Ha incorporado a continuación de la expresión “Dirección de Presupuestos” lo siguiente: “y publicada en su sitio web institucional”.

Inciso tercero

Ha intercalado entre la palabra “vigentes” y el punto y seguido, la expresión “por una sola vez”.

Artículo 144 octies

oooo

Inciso primero, nuevo

Ha incorporado el siguiente inciso primero, nuevo, pasando el actual inciso primero a ser inciso segundo:

“Artículo 144 octies.- Vencido el plazo del contrato adjudicado a la compañía de seguros por la licitación, o en caso de término por cualquier otro motivo, y si la nueva licitación es adjudicada a una compañía de seguros distinta, los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a éstas, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar



entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas.”.

oooo

El Senado, en tercer trámite, rechazó estas enmiendas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar las enmiendas propuestas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado.

- La propuesta del Ejecutivo fue aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión Mixta, Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. En contra, votaron los Honorables Senadores señora Órdenes y el señor Castro González. (8 x 2)

Número 8)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un número 8) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“8) Intercálase, en el encabezamiento del inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas al numeral 8), que pasó a ser 7), del siguiente tenor:

Enunciado, nuevo

Consultó el siguiente enunciado nuevo:

“7) En el artículo 189:”.

Enunciado propuesto

Pasó a ser letra a), sin enmiendas.

oooo



Letra b), nueva

Consultó la siguiente letra b), nueva:

“b) Agrégase a continuación del inciso séptimo el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual a ser noveno y así sucesivamente:

“Con el solo objetivo de que las Isapres puedan revisar la correcta emisión de las cuentas cobradas por los prestadores de salud con los que tienen convenios de pago a través de paquetes de prestaciones, los prestadores deberán poner a disposición de la Institución de Salud Previsional el detalle de las prestaciones otorgadas a las personas beneficiarias que han requerido la atención de salud mediante esta modalidad.”.

oooo

El Senado, en tercer trámite, rechazó las enmiendas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar las enmiendas propuestas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Número 8), nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, intercaló el siguiente número 8), nuevo:

“8) Agrégase a continuación del inciso primero del artículo 190, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual inciso segundo a ser inciso tercero, y así sucesivamente:

“Lo señalado en el inciso anterior no será aplicable a los planes complementarios cuya bonificación esté definida en copago fijo o a través de mecanismos de pago al prestador por paquetes de prestaciones, tales como, pago asociado al diagnóstico o grupos relacionados por el diagnóstico. En ningún caso, las coberturas que otorguen las Instituciones de Salud Previsional podrán ser inferiores a aquellas que otorgue el Fondo Nacional

de Salud por la misma prestación contenida en los mencionados mecanismos de pago.”.

o o o o

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el numeral 8), nuevo, del artículo 1° introducido por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Número 9)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un numeral 9) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“9) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del inciso primero, a continuación del punto y aparte, que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración: “También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el número 9).

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar la enmienda de la Cámara de Diputados y en consecuencia, eliminar el numeral 9) del artículo 1° aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional.



- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Número 10)

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un número 10) del artículo 1° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“10) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por la siguiente: “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, sustituyó el numeral 10), que pasó a ser 9), por el siguiente:

“9) Modifícase el inciso segundo del artículo 206 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por la siguiente: “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

b) Intercálase entre la expresión “cada Institución de Salud Previsional” y el punto y seguido, la frase “, conjuntamente con los montos resultantes de la verificación realizada de conformidad al artículo 206 bis”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar la sustitución del numeral 10) del artículo 1°, propuesto por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Numero 10), nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, consultó el siguiente número 10, nuevo:

“10) Agrégase a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, verificará el precio que las Isapres cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud, de conformidad al siguiente procedimiento:

a) En el plazo de quince días corridos contado desde la publicación del decreto que contemple o modifique las Garantías Explícitas de Salud, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud los precios que cobrarán por dichas garantías a sus afiliados. En dicha comunicación, las Isapres deberán señalar y justificar el precio que cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud y acompañarán todos los antecedentes técnicos que sirven de base para el cálculo.

La Superintendencia de Salud mediante circular dictada al efecto, determinará la información, así como la forma de presentar cada uno de los antecedentes técnicos antes indicados.

b) Con tales antecedentes, la Superintendencia de Salud verificará el precio que corresponde a cada Isapres.

La verificación de los precios informados por las Isapres deberá considerar la variación de los costos de las prestaciones de salud, y la variación de la frecuencia de uso experimentada por ellas. Asimismo, deberá observar el costo de las prestaciones incluidas en las canastas de Garantías Explícitas de Salud, la tasa de uso efectivo de tales Garantías por parte de los beneficiarios, y el estudio de verificación de costos regulado en la ley N° 19.996, que establece un Régimen de Garantías en Salud.

c) El Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá la verificación de los precios informados por las Isapres y el precio que cobrará cada una de ellas por las Garantías Explícitas de Salud a sus afiliados, dentro del plazo de treinta días corridos contado desde la publicación del decreto a que hace referencia la letra a). Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

Los precios que cobrarán las Isapres por las Garantías Explícitas de Salud así fijados se entenderán justificados para todos los efectos legales.



Estos precios entrarán en vigencia junto con el decreto que hace referencia el literal a)”. ”.

oooo

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el numeral 10), nuevo, del artículo 1° incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo 2°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 2° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1) La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1 de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto

promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la de adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

2) La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

3) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes.

4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1 de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores.

5) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1 de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1) anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los

numerales 1) y 2), así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el texto de la norma citada.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso reemplazar el texto aprobado por el Senado. En una primera instancia, propuso el texto contenido en el oficio N° 071-372, que luego fue sustituido, por el que se consigna en el oficio N° 079-372, que es del siguiente tenor:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1) La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

Esta adecuación se realizará simultáneamente con el ajuste al que hace referencia el artículo 9° de la presente ley.

2) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación del numeral precedente, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

3) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores. La restitución no considerará los montos por concepto de excedentes de conformidad al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que, en el período en cuestión ya fueron devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines establecidos en el referido artículo. Lo no devuelto, renunciado o requerido por las personas afiliadas, debe ser restituido íntegramente.

4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1° de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1) anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de la adecuación señalada en el numeral 1), así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.”.

La **señora Ministra de Salud Ministra** señaló que se repone el artículo 2° aprobado en el Senado, mejorando la redacción a fin de incluir las siguientes materias:

Se explica que la adecuación de los planes de la nueva tabla de factores, debe ocurrir simultáneamente con el ajuste de los planes vigentes al 7% y se aclara que el cálculo de devoluciones no debe considerar los montos ya restituidos mediante el régimen de excedente durante el periodo en cuestión.

Es decir, el artículo 2°, transcribe la sentencia de la Corte Suprema, sobre la forma de aplicar la tabla única de factores y la mecánica a través de la cual se establece la diferencia entre los pagos que realizaron las personas que tenían tablas distintas a la tabla única de factores y lo que hubiera correspondido pagar, de acuerdo a la misma.

Si esta diferencia significa que la persona debería pagar más, no se le puede alzar el precio, como definió la Corte Suprema; y si se debería haber pagado de menos, se deben establecer las cantidades, que constituyen los cobros en exceso, definiendo, en el artículo 3, la mecánica de pago.

El **Honorable Senador señor Macaya** consideró que el tema relativo a la aplicación de la tabla única de factores de riesgo y al plan de pago es probablemente la parte más fundamental de lo que se está resolviendo, que implica dar equilibrio financiero al sistema y sustentabilidad futura al sistema Isapre.

El **Honorable Senador señor Chahuán** señaló que se intentó de manera reiterada, terminar con los nudos críticos del sistema privado de salud. Pero las mayorías oficialistas en el Congreso Nacional y particularmente en el Senado no pusieron en tabla los proyectos de ley, como el que establecía un plan garantizado universal que fuese espejo para los afiliados de Fonasa e Isapre y que establecía un fondo de compensación de riesgo, que terminaba con la preexistencia, que terminaba con las alzas unilaterales en los planes de salud, y que regulaba las tablas de factores.

Sin perjuicio de lo dicho, recalcó la importancia de incorporar las bases para una reforma en un proyecto que está comprometido para el primero de octubre y que comienza por primera vez en 14 años a recoger el trabajo realizado para sentar las bases de una reforma a la salud.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** destacó que aprobar estas normas una buena noticia para la ciudadanía, que implica terminar con discriminación entre hombres y mujeres en el sistema de Isapres y disminuir significativamente las discriminaciones por edad.

Reconoció que fue un punto impulsado en el Gobierno del expresidente Sebastián Piñera. En diciembre del año 2019, donde se anunció la tabla única de factores de riesgo, que fue implementada a partir del 1° de abril del año 2020 y seguramente no imaginaron que existiría este problema un tiempo después.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo 3°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 3° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

Para el cálculo de dicha deuda, cada Institución de Salud Previsional deberá calcular, para la totalidad de contratos que cada una administraba al 30 de noviembre de 2022, la diferencia entre el monto efectivamente cobrado y lo que hubiese cobrado si todos sus afiliados y beneficiarios hubieran empleado la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Dicha diferencia corresponderá al cobro en exceso que realizó cada Institución de Salud Previsional.

Dicho cobro en exceso se distribuirá a prorrata entre los afiliados cuyos pagos fueron superiores a los que se hubieran realizado de haberse empleado la Tabla Única a la que hace referencia el párrafo anterior.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con

las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el texto de la norma citada.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso reemplazar el texto aprobado por el Senado. En una primera instancia, propuso un texto contenido en el Oficio N° 071-372, que luego fue retirado y sustituido, por el que se consigna en el Oficio N° 077-372, que es del siguiente tenor:

“Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán

presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; propuestas de compensación, si procedieren, y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución. Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados.

c) Una propuesta para incorporar en todos los contratos que administre la Institución, una prima extraordinaria por beneficiario, correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliada, correspondientes a prestaciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros. Asimismo, deberá considerar los costos operacionales y no operacionales que permiten el cumplimiento de los contratos de salud, incluyendo, además, las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta trece años. Con todo, la propuesta deberá contemplar mecanismos a fin de que la deuda de las personas mayores de ochenta años de edad sea pagada íntegramente dentro de los primeros veinticuatro meses de implementación del plan de pago y ajustes; y que la deuda de las personas de sesenta y cinco años o más sea pagada dentro de los primeros sesenta meses.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará en cuotas mensuales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas cotizantes. El o la cotizante podrá solicitar, a su voluntad, el pago anticipado de la deuda o

una parte de ella y, para estos efectos, podrá transigir con la Institución de Salud Previsional mediante un pago único acordado entre las partes, cuyo monto corresponderá al saldo insoluto, total o parcial, de la deuda menos una tasa de descuento por la preferencia temporal de pago. La tasa de descuento no podrá superar el equivalente a la tasa de interés máxima convencional vigente al momento de celebrar el acuerdo. En el evento que las Instituciones de Salud Previsional pretendan utilizar este mecanismo, deberán informarlo en el plan de pago y ajustes. Si el o la cotizante y la Institución respectiva celebraran un acuerdo de esta índole, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de celebración del acuerdo.

Respecto de la prima establecida en el literal c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022. Asimismo, la referida prima no podrá implicar un alza mayor a un 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha. En el caso de cotizantes independientes y voluntarios, la prima no podrá implicar un alza mayor al 10% por contrato respecto de la cotización pactada en el mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace

procederá los recursos de reposición y jerárquico de conformidad al artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno.

En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.”.

La **señora Ministra de Salud** señaló que se repone el artículo aprobado en el Senado, mejorando la redacción y se define que el alza extraordinaria se materializará mediante una prima también extraordinaria, en oposición a la modificación del precio base, que es lo que se había aprobado en el Senado.

A su vez, se explica en la norma que se consideran los costos operacionales y no operacionales y las medidas de contención de costos.

Asimismo, se incorpora un techo a esa prima extraordinaria, que es del 10% de los contratos a julio de 2023; se establece un pago preferente a los mayores de 65 años, en un plazo de 5 años y a los mayores de 80 años, en un plazo de 2 años; se incluye la posibilidad de pago anticipado

voluntario, mediante transacciones fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, con una tasa de descuento fija.

El **Honorable Senador señor Macaya** planteó que habría preferido, que el equilibrio financiero del sistema no se lograra a costa de los usuarios del sistema. Recordó que parte de la discusión que han hecho sobre este tema, tiene que ver con la cobertura adicional que se está haciendo con el sistema público, el sistema privado y particularmente los usuarios más sanos, que verán que sus planes aumentan, porque hay una facultad extraordinaria para aumentar los planes de los usuarios, cumpliéndose ciertas condiciones. Lo anterior, va generar un costo para los usuarios del sistema de Isapre y se debe transparentar.

Sostuvo que hay una responsabilidad importante de los aseguradores privados, de las propias Isapres en la historia de los últimos 14 años, también hay responsabilidad del Congreso Nacional que no ha avanzado en la materia y del Ejecutivo. Añadió que se trata de materias de iniciativa exclusiva del Ejecutivo, por lo cual, desde la oposición, no pueden realizar propuestas en otro sentido.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** valoró el elemento que les permitió llegar al acuerdo actual, que es la fórmula de pronto pago, que concilia la posibilidad de disminuir o recalcular la deuda, pero con la venia de los afiliados. Es decir, se otorga poder de negociación a los afiliados para que ante una propuesta de las Isapres y con un estándar objetivo, que es la tasa máxima convencional, puedan aceptarla o rechazarla en los términos planteados en el proyecto de ley.

El **Honorable Senador señor Castro González** puntualizó que en los dos artículos (2° y 3°), queda resuelto algo que no viene detallado en la ley, que es el monto de la deuda. Se insistió en la mutualización y uno de los méritos que tiene esta norma es zanjar de una vez el monto de la deuda, que la debe establecer el Superintendente.

Por otra parte, señaló que el reajuste de la prima, tiene un punto de referencia que es el mes julio del año 2023, es decir, tiene una fecha exacta, que es anterior al último fallo GES, de modo tal que no se produzca un impacto dramático en el bolsillo de las personas con nuevas alzas de precios. Una es el ICSA, otra es este reajuste extraordinario, vía prima, que tiene un límite del 10%.

En tercer lugar, hizo una precisión sobre el inciso segundo del artículo 3°, que se votará a continuación, relacionado con la rebaja del plazo de pago a los adultos mayores. Señaló que no es su ánimo perjudicar a los adultos mayores por estar en el mismo inciso del plazo de 13 años establecido para el pago total de la deuda y solicitó que se acote la votación solo al plazo referido.

El **Honorable Senador señor Chahuán** en relación a la señalado por el Senador Castro González, recordó que no se quiso cambiar el monto de la deuda, sino que se formó un comité de expertos que propuso un procedimiento que se decía relación con la mutualización. Se escuchó e incorporó la opinión del comité de expertos.

El **Honorable Senador señor Castro González** expresó que el proyecto original contemplaba un plazo de 10 años. En esta instancia, hubo un planteamiento que suscribió, de allanarse a la posibilidad de que fuera un 20% más de plazo, lo que da un total de 12 años, a cambio de rebajar el plazo para el pago a los adultos mayores de 6 a 5 años.

Con posterioridad, se llegó a otro acuerdo al que no concurrió, estableciéndose un plazo de 13 años, que ahora se somete a votación y que manifestó no compartir.

La **Subsecretaria General de la Presidencia** sostuvo que el inicio del segundo establece el plazo global de la deuda, fijada en 13 años. Recordó que esta norma es de controversia porque fue rechazada y, por tanto, efectivamente, el plazo de 10 años no pervive porque no hay normas respecto a eso y la propuesta del Ejecutivo es establecer el plazo máximo de 13 años, con la salvedad respecto de la preferencia de los adultos mayores. En este caso, hay consenso respecto a las dos preferencias, en 24 meses para los mayores de 80 años y en 60 meses para los mayores de 65 años.

Por tanto, entendiendo lo que plantea el Senador Castro González, aclaró que solo se somete a votación separada el guarismo que establece el plazo máximo de la deuda hasta 13 años.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** planteó que subió a 13 años el plazo para pagar la deuda, pero eso permitió mantener el tope máximo de la prima extraordinaria de un 10%.

El **Honorable Senador señor Macaya** manifestó que esta medida está relacionada con la sostenibilidad del sistema y que no recae en los hombros de los usuarios del sistema. Consideró que es un beneficio directo para que al afiliado le suba menos el plan. Es de las medidas de mitigación y sostenibilidad económica del sistema que se propone.

La Comisión Mixta acordó someter a votación, en esta instancia, todo el artículo, con excepción del inciso segundo, que se votará a continuación.

- **La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo, con excepción del inciso segundo, por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González,**

Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

- La Comisión Mixta, aprobó el inciso segundo del artículo 3 propuesto por el Ejecutivo por la mayoría de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. El Honorable Senador señor Castro González, votó en contra. (9 x 1)

El Honorable Senador señor Castro González fundamentó su voto y recordó que el Senado en el mes de enero del presente, aprobó un plazo de 10 años para pagar la dedua, con posterioridad, en la etapa de Comisión Mixta, hubo márgenes de flexibilidad para lograr un acuerdo y se hizo una formulación que considera excesiva.

Su propósito es que las personas vean resarcido lo que se les cobró de más. Consideró que un plazo de 13 años para ejecutar la devolución es mucho tiempo y es complaciente con las Isapres para poder saldar una deuda sin ninguna certeza de que eso pueda ocurrir en la práctica, dada la precariedad del sistema.

El Honorable Senador señor Macaya al fundamentar su voto consideró útil recordar que lo aprobado por el Senado fue posteriormente impugnado en el Tribunal Constitucional por el oficialismo, con el apoyo del Gobierno que tampoco quiso apoyar la propuesta de mutualización, que permitía que la carga del equilibrio financiero del sistema no recayera en los usuarios. Lo que se propone ahora es una fórmula alternativa, que consideró razonable.

Pero señaló que no se puede comparar el plazo propuesto anteriormente de 10 años, que llevaba aparejada la mutalización, con el escenario actual.

Artículo 4°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 4° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al párrafo segundo del numeral 1) del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, reemplazó el artículo 4°, que pasó a ser artículo 2°, por el siguiente:

“Artículo 2.- En la oportunidad y forma en que se comunique la aplicación de la prima extraordinaria, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca. Para estos efectos operará lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a la aplicación de la prima extraordinaria, las personas afiliadas afectas a ella podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional cambiarse a alguno de los planes que les sean ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud y operará la entregada al momento de suscribir el contrato que se le aplicó la prima extraordinaria.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el texto acordado por la Cámara de Diputados, en el segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo 5°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 5° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 5°.- Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada sino hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por

la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Libro Cuarto del Código Civil.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas al artículo 5°, que pasó a ser artículo 3°:

Inciso primero

Ha eliminado la expresión “señalados en el artículo 3° y”.

Inciso sexto

Ha eliminado la expresión “del artículo 3°”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó las enmiendas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el artículo 5° aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional, intercalándose, en el inciso quinto, entre la expresión “Ministerio de Salud” y el punto aparte, la siguiente frase “; ni tampoco para la determinación del patrimonio mínimo establecido en el artículo 178 del mismo cuerpo legal”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo 6°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 6° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la

que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a) Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b) Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo, y todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento,

beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el texto de la norma citada.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso reemplazar el texto del artículo 6° aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional, por el siguiente:

“Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere

el artículo anterior y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia de Salud del cumplimiento total del pago de las cantidades percibidas en exceso, acompañando todos los antecedentes que den cuenta de ello, debiendo la Superintendencia certificar el cumplimiento en un plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la comunicación de la Institución con los antecedentes respectivos.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin existir la debida certificación del pago total del pago de las cantidades percibidas en exceso, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a) Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b) Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo, y todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de

realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente certificación serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo 4, nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, incorporó el siguiente artículo 4°, nuevo:

“Artículo 4.- Mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajustes, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia de dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a las personas afiliadas títulos representativos de deuda a largo plazo por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes referida en el artículo 3. Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. En ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda. Estos títulos se registrarán por lo dispuesto en la ley N°18.045, Ley de Mercado de Valores.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el artículo 4º, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

o o o o

Artículo 7º

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 7º del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 7º.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3º será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se declarare dentro de los

dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado.

El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniera en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice, según las circunstancias.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas al artículo 7°, que pasó a ser artículo 5°:

Inciso primero

Eliminó la expresión “establecidos en el artículo 3°”.

Inciso segundo

Reemplazó la frase “declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado” por “realizare dentro de los dos años anteriores a la resolución de reorganización o liquidación, o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución, la pena aumentará en un grado”.

Inciso tercero

Lo sustituyó por el siguiente:

“Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley N° 21.595, sobre delitos económicos.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó las enmiendas.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

- **La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)**

Artículo 8°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 8° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 8°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1) y 2) de dicho artículo.

Previo a hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respectiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo las siguientes enmiendas al artículo 8°, que pasó a ser artículo 6°:

Inciso segundo

Eliminó el siguiente texto: “, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta”.

Inciso tercero

Lo eliminó.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el texto despachado por el Senado, en primer trámite constitucional, eliminando en el inciso tercero, la referencia al numeral 2) del artículo 2°.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo 9°

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 9° del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 9°.- Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el texto de la norma citada.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el texto despachado por el Senado, en primer trámite constitucional.

- **La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)**

oooo

Artículo 10

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo 10 del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo 10.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121, número 11, y 220 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, modificó la numeración del artículo, que pasó a ser artículo 7, sin enmiendas.

La Subsecretaria General de la Presidencia, señora Lobos hizo presente que este artículo no ha sido objeto de divergencias, sin embargo, el Ejecutivo presentó una propuesta para especificar que la competencia otorgada a la Superintendencia, es para fiscalizar lo relativo al cumplimiento de la sentencia de la Corte Suprema, es decir, lo establecido en el artículo 2° y siguientes. Todo lo relativo a la Modalidad de Cobertura Complementaria que está contenido en el artículo primero, sigue rigiéndose por las reglas propias y no queda sujeto a la fiscalización de la Superintendencia.

Consideró que es una especificación relevante, aunque es un tema formal, pero necesario de explicitar.

El **señor Superintendente de Salud** precisó que la Superintendencia no tendría atribuciones respecto de los seguros complementarios en el ámbito de la MCC, no obstante, se mantiene la atribución de la Superintendencia en términos generales de fiscalizar al Fonasa, como parte de la MLE.

La Comisión Mixta dio la unanimidad para pronunciarse sobre la propuesta del Ejecutivo.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, propuso intercalar entre la palabra “aplicación” y la expresión “de la presente ley”, la frase “de los artículos 2° y siguientes”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo 8, nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, consultó el siguiente artículo 8, nuevo:

“Artículo 8.- La Superintendencia de Salud deberá dictar una circular con normas que garanticen el acceso a la información contenida en esta ley. Dichas normas deberán obedecer a los criterios de accesibilidad, efectividad, inclusividad y antidiscriminación, los cuales regirán a las instituciones previsionales de salud.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el artículo 8°, nuevo, introducido por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Disposiciones transitorias

Artículo segundo

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo segundo transitorio del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, luego de dieciocho meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter y 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el artículo segundo transitorio.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso eliminar el artículo segundo transitorio.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo tercero

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo tercero transitorio del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el artículo tercero transitorio.

El Senado, en tercer trámite, rechazó la eliminación del artículo.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el artículo tercero transitorio despachado por el Senado, en primer trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo cuarto

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo cuarto transitorio del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

Artículo cuarto.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3º, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006,

del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que éstas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el artículo cuarto transitorio.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar la enmienda propuesta por la Cámara de Diputadas y, en consecuencia, eliminar el artículo cuarto transitorio aprobado por Senado.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

Artículo quinto

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo quinto transitorio del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

- 1) Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.
- 2) Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1) anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882. En su lugar, dentro de los diez días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de diez días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.
- b) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la

primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente período.

El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contado desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el sólo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el artículo quinto transitorio.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso reemplazar el texto del artículo quinto transitorio aprobado por el Senado en primer trámite constitucional. En una primera instancia, presentó una propuesta contenida en el Oficio N° 071-372, que con posterioridad, retiró y propuso una nueva redacción, contenida en el Oficio N° 077-372, del siguiente tenor:

“Artículo quinto.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis

del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sea necesario para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al H Congreso, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciare dentro del plazo señalado, se entenderán que aprueban la proposición del Presidente. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contados desde la comunicación del rechazo, una nueva nómina que se regirá por la misma regla señalada en el inciso anterior.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)



Artículo sexto

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo sexto transitorio del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

Artículo sexto.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, rechazó el artículo sexto transitorio.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar la enmienda propuesta por la Cámara de Diputados y, en consecuencia, eliminar el artículo sexto transitorio aprobado por Senado.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo segundo, nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, incorporó el siguiente artículo segundo, nuevo:

“Artículo segundo.- El artículo 144 quáter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud incorporado por el numeral 4) del artículo 1°, entrará en vigencia a contar del tercer año de la publicación de esta ley. Previo a ello, la Modalidad de Cobertura Complementaria no incluirá al seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el



artículo segundo transitorio, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo sexto, nuevo

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, incorporó el siguiente artículo sexto, nuevo:

“Artículo sexto.- Respecto de las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional a las que ésta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional cuentan con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan solicitado expresamente a la Institución esta cobertura, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al tratamiento, y mantendrá el prestador o lo derivará a otro que asegure condiciones sanitarias similares. Para estos efectos el Fondo podrá celebrar los convenios correspondientes.”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el artículo sexto transitorio, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo décimo



El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó un artículo décimo del proyecto de ley, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Artículo décimo.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo y noveno, transitorios, de la presente ley.”.

La Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, introdujo la siguiente enmienda al artículo décimo, que pasó a ser séptimo:

Reemplazó la expresión “octavo y noveno” por “tercero, cuarto y quinto”.

El Senado, en tercer trámite, rechazó esta enmienda.

Su **Excelencia el Presidente de la República**, con el objeto de resolver la discrepancia surgida entre ambas Cámaras, propuso aprobar el texto despachado por Senado, en primer trámite, reemplazando la expresión “octavo y noveno” por “sexto, séptimo y octavo”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

o o o o

Artículo undécimo

El Senado, en primer trámite constitucional, aprobó el siguiente artículo undécimo:

“Artículo undécimo.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones

de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

La Cámara de Diputados, en el segundo trámite constitucional, lo aprobó.

La **Subsecretaria General de la Presidencia** hizo presente que no hubo discrepancias entre las Cámaras sobre este artículo, que contiene los compromisos del ingreso de proyectos de ley, el primero, dentro de la legislatura 2024, que se refiere al fortalecimiento de la Superintendencia y el segundo, respecto al tema de la eliminación de las preexistencias y discriminaciones por edad y sexo.

La **Comisión Mixta** dio la unanimidad para votar la propuesta del Ejecutivo.

El **Honorable Senador señor Chahuán** recordó que el término de las preexistencias ha sido una materia en la que han dado una lucha constante, que finalmente fue recogido durante la discusión de la ley de reajustes del sector público.

Para los efectos de la historia de la ley, sostuvo que su sector sostenía que era necesario hacerlo a través de un fondo de compensación de riesgos inter-Isapres, para que las personas pudieran migrar de una Isapre a otra, sin necesidad de la declaración de salud.

Observó que finalmente, se contempló una redacción más genérica, a través de un mecanismo de compensación, sin abrir la discusión si será un fondo o un sistema administrado por el Estado.

Su **Excelencia el Presidente de la República** propuso intercalar, en su inciso segundo, entre la expresión “eliminar las discriminaciones por edad y sexo,” y la palabra “tanto”, la siguiente frase: “y los mecanismos que permitan su viabilidad,”.

- La Comisión Mixta, aprobó la propuesta del Ejecutivo por la unanimidad de los miembros, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. (10 x 0)

oooo

Artículo duodécimo, nuevo

Su **Excelencia el Presidente de la República**, sugirió incorporar un artículo duodécimo transitorio nuevo, pasando el actual a ser décimotercero y así sucesivamente:

“Artículo duodécimo.- Excepcionalmente, el proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, estará asimismo sujeto al numeral primero del artículo 95 de la ley N° 21.647, que otorga reajuste general de remuneraciones a las y los trabajadores del sector público, concede aguinaldos que señala, concede otros beneficios que indica y modifica diversos cuerpos legales, durante los años 2025, 2026 y 2027 o hasta que se modifique o reemplace la normativa vigente, en caso que esto acontezca con anterioridad al proceso de adecuación del precio base correspondiente al año 2027.”.

La **Subsecretaria General de la Presidencia** señaló que este artículo fue incorporado en la última propuesta, que establece que excepcionalmente la adecuación de los precios base, durante los años 2025, 2026 y 2027, se sujetará adicionalmente, al artículo 95 de la ley N° 21.647, que es la aprobada en el reajuste del sector público. Se establece también, como lo contempla el compromiso que han suscrito como Ejecutivo, de presentar una iniciativa legal para mejorar la determinación del ICESA, en ese sentido va a operar esta prórroga con esta regla hasta el año 2027.

El **Honorable Senador señor Gahona** hizo un alcance, en el afán de que estén dadas todas las garantías. Observó que donde se señala, “excepcionalmente, el proceso de adecuación de los precios base, a que se refiere a los artículos 197 y 198”, quedó fuera de la remisión, el artículo 198 bis: Añadió que, si se excluye, las Isapres tendrían una carga menor en el cumplimiento de ciertas obligaciones, que el Superintendente podría explicar con mayor detalle. Solicitó incorporar el 198 bis.

El **Superintendente de Salud** comentó que el objeto es poder cumplir a cabalidad con lo requerido, que dice relación con dejar fuera, para el cálculo de los futuros indicadores, solamente el efecto de la MCC de Fonasa, no obstante, por la premura de la redacción, no se incluyó la referencia al artículo 198 bis, que expresa la obligatoriedad que tienen las Isapres de cumplir con la medicina preventiva.

El **Honorable Senador señor Gahona** planteó que se deben buscar todos los mecanismos que eviten que la prima extraordinaria que aumenten las Isapres no sea excesivamente alta y uno de los mecanismos es a través del ICESA, que ya aplicó el Gobierno un ICESA modificado y que se está aplicando desde abril, que ayuda a mitigar la caída de ingresos del sistema, por tanto, lo que se pide es que eso se prolongue por tres años más para dar mayor equilibrio a los ingresos al sistema privado de salud.

- La propuesta fue aprobada, con la modificación señalada, por la mayoría de los miembros de la Comisión Mixta, Honorables Senadores señores Chahuán, Gahona y Macaya, y Honorables Diputados señoras Gazmuri y Yeomans y señores Celis, Lagomarsino y Lilayu. En contra, votaron los Honorables Senadores señora Órdenes y señor Castro González. (8 x 2)

El **Honorable Senador señor Castro González** fundamentó su voto en contra. Señaló que en relación a la ley N° 21.350, del ICSA, que por una vez se hizo una excepción para fijar un criterio de IPC de la salud, por decirlo de un modo, con un tope y solo por esa vez, excluyendo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de la frecuencia de uso de las prestaciones del Fonasa de MLE, para que el techo fuera más alto, llegando a 7,4 y ese es el ICSA vigente.

Manifestó que esto implica un reajuste de precios a las personas, se fija un tope de 7,4 por tres años más, que va a dejar bajo una condición de excepción, nuevamente, a las Isapres.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** señaló que no ha sido fácil construir una batería de medidas para dar viabilidad a la implementación del fallo y mitigar también la caída de los ingresos, que amenazaba la sostenibilidad económica del sistema privado.

Indicó que, en todo el proceso de conversación y negociación, se adoptó una serie de medidas que son suficientes. Se allanó a aumentar el plazo del pago de la deuda de 10 a 13 años, porque consideró que impacta menos costo en el bolsillo de las personas, porque impacta menos en los planes.

Otra de las medidas fue el piso del 7% al que concurrieron todos con el acuerdo y es otra medida que ayuda en la materia.

Estimó que el ICSA es una medida adicional a lo que ya habían construido, que calificó como suficiente para lograr la sostenibilidad económica del sistema privado.

- - -

El **Honorable Senador señor Chahuán** valoró la flexibilidad y disposición del Ejecutivo para incorporar propuestas de la oposición y que, en definitiva, permitirán poner a los pacientes en el centro.

Se está fortaleciendo la salud pública por otra parte, se están abriendo los caminos y bases para una reforma a la salud, que es parte de la conversación que se ha dado.

El **Honorable Senador señor Castro González** expresó que la parte del arreglo financiero del proyecto, no le satisface como quedó, porque confluyen cuatro elementos, por una parte, un alza de precios que estaban por debajo de la cotización del 7% y se nivelan casi el 25% de los planes a 7%.

En segundo lugar, un reajuste extraordinario, con un tope del 10%, en base a una prima.

En tercer lugar, un ICSA, que queda fijado por tres años más, en el nivel más alto que se ha conocido, que es el triple del año pasado, hasta el 2027.

Por último, se ha otorgado 13 años a las Isapres para que paguen la deuda.

La **señora Ministra de Salud** sostuvo que la salud es un puente para la unión, en un momento de tanta polarización se ha logrado un acuerdo mayoritario en esta Comisión para salvar las diferencias que se han tenido al enfrentar esta situación que no la buscó el Gobierno como tampoco la oposición.

Por responsabilidad del Ejecutivo, tuvieron que presentar un proyecto de ley para dar cumplimiento a la sentencia.

Añadió que hay elementos que no gustan a todos, pero que, en su conjunto, logran dar la respuesta que se pretendía con el mensaje presidencial, que se sirva a la justicia, se dé cumplimiento a los fallos y que, además, se mantenga la estabilidad del sistema mixto que, con esta normativa, permite que el seguro público, tenga una función más virtuosa con seguros privados complementarios.

Destacó que, con este proyecto de ley, se suspenden los cobros en exceso. Se acaba la discriminación por sexo, porque la tabla única de factores no discrimina por sexo.

Se mantiene la discriminación por edad y estado de salud, pero se establece un itinerario claro, con compromisos de fechas, para terminar con esa discriminación.

Se establece un mecanismo para la devolución de los cobros indebidos, que tenido que ser adecuado a la factibilidad financiera de dar cumplimiento a la sentencia, con plazos acotados para los adultos mayores.

PROPOSICIÓN

En mérito de los acuerdos adoptados, la Comisión Mixta tiene el honor de proponer, como forma y modo de resolver las divergencias suscitadas entre ambas Cámaras del Congreso Nacional, lo siguiente:

Artículo 1º

Número 1)

Reponer el texto aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional.

(Mayoría, 8x2)

Número 3)

Sustituirlo por el siguiente:

“3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies y 130 octies, nuevos, que lo integran:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago y ajustes de las ISAPRE, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

La Superintendencia de Salud deberá justificar de forma clara y precisa en su pronunciamiento la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo, el cual

deberá estar a disposición del público a través de su página web institucional en el plazo máximo de treinta días corridos desde que se dicte la resolución.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario.

Los consejeros durarán en su cargo el tiempo que requieran para su cometido en virtud de lo establecido en el artículo 130 bis.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de ministro de Estado, subsecretario, diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos cinco años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del

vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar servicio alguno, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

- a) Expiración del período para el que fue nombrado.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Condena a pena aflictiva.
- d) El fallecimiento de la persona.
- e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.

f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, promulgado en 2000 y publicado en 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses, mientras duren las atribuciones contempladas en esta ley. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.”.

(Unanimidad, 10x0)

Número 4)

Aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

(Mayoría, 8x2)

Número 5)

Aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

(Mayoría, 8x2)

**Número 8)**

Aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Número 8), nuevo

Pasa a ser 9)

Aprobar el numeral 8), nuevo, introducido por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Número 9)

Suprimirlo.

(Unanimidad, 10x0)

Número 10)

Sustituirlo por el numeral 10) propuesto por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Número 10), nuevo

Pasa a ser 11)

Aprobar el numeral 10), nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Número 11)

Pasa a ser número 12.

Artículo 2°

Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1) La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1º de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/Nº 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

Esta adecuación se realizará simultáneamente con el ajuste al que hace referencia el artículo 9º de la presente ley.

2) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación del numeral precedente, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

3) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3º y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1º de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores. La restitución no considerará los montos por concepto de excedentes de conformidad al artículo 188 del decreto con fuerza de ley Nº 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que, en el período en cuestión ya fueron devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines establecidos en el referido artículo. Lo no devuelto, renunciado o requerido por las personas afiliadas, debe ser restituido íntegramente.

4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3º y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de

dos años de edad, desde el 1° de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1) anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de la adecuación señalada en el numeral 1), así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo 3°

Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; propuestas de compensación, si procedieren, y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución. Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados.

c) Una propuesta para incorporar en todos los contratos que administre la Institución, una prima extraordinaria por beneficiario, correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliada, correspondientes a prestaciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros. Asimismo, deberá considerar los costos operacionales y no operacionales que permiten el cumplimiento de los contratos de salud, incluyendo, además, las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta trece años. Con todo, la propuesta deberá contemplar mecanismos a fin de que la deuda de las personas mayores de ochenta años de edad sea pagada íntegramente dentro de los primeros veinticuatro meses de implementación del plan de pago y ajustes; y que la deuda de las personas de sesenta y cinco años o más sea pagada dentro de los primeros sesenta meses.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará en cuotas mensuales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas cotizantes. El o la cotizante podrá solicitar, a su voluntad, el pago anticipado de la deuda o una parte de ella y, para estos efectos, podrá transigir con la Institución de Salud Previsional mediante un pago único acordado entre las partes, cuyo monto corresponderá al saldo insoluto, total o parcial, de la deuda menos una tasa de descuento por la preferencia temporal de pago. La tasa de descuento no podrá superar el equivalente a la tasa de interés máxima convencional vigente al momento de celebrar el acuerdo. En el evento que las Instituciones de Salud Previsional pretendan utilizar este mecanismo, deberán informarlo en el plan de pago y ajustes. Si el o la cotizante y la Institución respectiva celebraran un acuerdo de esta índole, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de celebración del acuerdo.

Respecto de la prima establecida en el literal c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de

Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022. Asimismo, la referida prima no podrá implicar un alza mayor a un 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha. En el caso de cotizantes independientes y voluntarios, la prima no podrá implicar un alza mayor al 10% por contrato respecto de la cotización pactada en el mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederá los recursos de reposición y jerárquico de conformidad al artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo

de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno.

En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.”.

(Unanimidad, 10x0. Excepto el inciso segundo, mayoría 9x1)

Artículo 4°

Aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo 5°

Reponer el texto aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional, con la siguiente enmienda:

- Intercalar, en el inciso quinto, entre la expresión “Ministerio de Salud” y el punto aparte, la frase “; ni tampoco para la determinación del patrimonio mínimo establecido en el artículo 178 del mismo cuerpo legal”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo 6°

Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia de Salud del cumplimiento total del pago de las cantidades

percibidas en exceso, acompañando todos los antecedentes que den cuenta de ello, debiendo la Superintendencia certificar el cumplimiento en un plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la comunicación de la Institución con los antecedentes respectivos.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin existir la debida certificación del pago total de las cantidades percibidas en exceso, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a) Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b) Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo, y todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenado retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente certificación serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo 7°

Aprobar las enmiendas introducidas por la Cámara de Diputados, al texto aprobado por el Senado en primer trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo 4°, nuevo

Pasa a ser 8°

Aprobar el artículo 4°, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)



Artículo 8°
Pasa a ser 9°

Aprobar el texto despachado por el Senado, en primer trámite constitucional, eliminando en el inciso tercero, la referencia al numeral 2) del artículo 2°.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo 9°
Pasa a ser 10°

Aprobar el texto despachado por el Senado, en primer trámite constitucional.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo 10

Pasa a ser artículo 11, con la siguiente enmienda:

- Intercalar entre la palabra “aplicación” y la expresión “de la presente ley”, la frase “de los artículos 2° y siguientes”.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo 8°, nuevo
Pasa a ser 12

Aprobar el artículo 8°, nuevo, introducido por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional, que pasa a ser artículo 12.
(Unanimidad, 10x0)

Disposiciones transitorias

Artículo segundo

Suprimirlo.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo tercero
Pasa a ser artículo segundo

Reponer el artículo tercero transitorio aprobado por el Senado, en primer trámite constitucional.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo cuarto

Suprimirlo.
(Unanimidad, 10x0)

Artículo quinto
Pasa a ser artículo tercero

Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo tercero.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sea necesario para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciare dentro del plazo señalado, se entenderán que aprueban la proposición del Presidente. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contados desde la comunicación del rechazo, una nueva nómina que se regirá por la misma regla señalada en el inciso anterior.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.



Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo sexto

Suprimirlo.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo segundo, nuevo

Pasa a ser artículo cuarto

Aprobar el artículo segundo transitorio, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo séptimo

Pasa a ser artículo quinto transitorio.
(Con adecuación formal)

Artículos octavo y noveno

Pasan a ser artículos sexto y séptimo transitorios, respectivamente.

Artículo sexto, nuevo

Pasa a ser artículo octavo

Aprobar el artículo sexto transitorio, nuevo, incorporado por la Cámara de Diputados, en segundo trámite constitucional.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo décimo

Pasa a ser artículo noveno.

Reemplazar la expresión “octavo y noveno” por “sexto, séptimo y octavo”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo undécimo

Pasa a ser artículo décimo.

Intercalar, en su inciso segundo, entre la expresión “eliminar las discriminaciones por edad y sexo,” y la palabra “tanto”, la siguiente frase: “y los mecanismos que permitan su viabilidad.”.

(Unanimidad, 10x0)

Artículo undécimo, nuevo

Incorporar el siguiente artículo undécimo transitorio, nuevo:

“Artículo undécimo.- Excepcionalmente, el proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197, 198 y 198 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, estará asimismo sujeto al numeral primero del artículo 95 de la ley N°21.647, que otorga reajuste general de remuneraciones a las y los trabajadores del sector público, concede aguinaldos que señala, concede otros beneficios que indica y modifica diversos cuerpos legales, durante los años 2025, 2026 y 2027 o hasta que se modifique o reemplace la normativa vigente, en caso que esto acontezca con anterioridad al proceso de adecuación del precio base correspondiente al año 2027.”.

(Mayoría, con modificaciones. 8x2)

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

A título meramente ilustrativo, de ser aprobada la proposición de la Comisión Mixta, el texto de la iniciativa legal quedaría como sigue:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1°.- Introdúcense, en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, las siguientes modificaciones:

1) Intercálase, en el inciso primero del artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando los actuales literales g) y h) a ser literales h) e i), respectivamente:

“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponderá, entre otras funciones, elaborar la o las pólizas de seguro que deberán observar las

compañías de seguro que otorguen la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre compañías de seguro, sociedades anónimas y bolsas de comercio.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias señaladas en el artículo 144 bis;”.

2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre las frases “de libre elección,” y “lo que la ley establezca”, lo siguiente: “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.

3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies y 130 octies, nuevos, que lo integran:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago y ajustes de las ISAPRE, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

La Superintendencia de Salud deberá justificar de forma clara y precisa en su pronunciamiento la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo, el cual deberá estar a disposición del público a través de su página web institucional en el plazo máximo de treinta días corridos desde que se dicte la resolución.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario.

Los consejeros durarán en su cargo el tiempo que requieran para su cometido en virtud de lo establecido en el artículo 130 bis.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de ministro de Estado, subsecretario, diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos cinco años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo

dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar servicio alguno, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

- a) Expiración del período para el que fue nombrado.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Condena a pena aflictiva.
- d) El fallecimiento de la persona.

e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.

f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, promulgado en 2000 y publicado en 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses, mientras duren las atribuciones contempladas en esta ley. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subroge. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subroge tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.”.

4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección, de Cobertura Complementaria, o ambas, que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:

“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en los artículos 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.

Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria. La modalidad también contiene un seguro catastrófico en los términos del artículo 144 quáter.

Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas por el Fondo Nacional de Salud de conformidad con el arancel que se fije al efecto, y en la parte que le corresponda; por la cobertura financiera complementaria que otorgue la compañía de seguros en los términos que establece la póliza; y por el copago al que concurra la persona beneficiaria. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezca en la póliza.

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda. Este arancel deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención hospitalaria se contemplarán mecanismos de pago destinados a financiar la solución del problema de salud. El arancel de la modalidad de cobertura complementaria podrá considerar prestaciones con pertinencia sanitaria no contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. Para la incorporación de nuevas prestaciones en el arancel de la modalidad, se podrá considerar otros aranceles para personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.

Aquellas prestaciones financiadas en conformidad a este artículo quedarán excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

Las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se regirán por las reglas del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.

Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año de vigencia de la póliza, el deducible respectivo.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La cobertura del seguro catastrófico será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

La resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico.

Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N° 20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita, que constituirá ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirá, en ningún caso, ingreso fiscal ni formará parte del presupuesto público; la cual se podrá enterar a través de entidades que recauden cotizaciones de seguridad social.

Los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna. Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.

El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar mediante una resolución el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan

los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificación por parte de la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.

La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, en variación permanente de su cotización legal y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

Las personas beneficiarias que incumplan el pago de la prima complementaria no se encontrarán amparadas por la cobertura en el mes respectivo. Asimismo, en el caso que, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejen de dar cumplimiento al pago de la prima, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, lo que deberá ser notificado por la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos hasta el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, sólo podrá volver a inscribirse en aquella, transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores.

Que la persona afiliada haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, no implicará la afectación de su afiliación ni acceso a coberturas a través del Fondo Nacional de Salud.

Artículo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.

Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.

Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:

a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo.

b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas.

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.

e) El plazo de duración del contrato, el que no podrá ser superior a cuatro años.

f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y del seguro catastrófico, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria.

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de

esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal.

h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación.

i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos.

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de la misma, un monto mínimo referencial de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.

k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Artículo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 sexies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que éste fije mediante una resolución fundada que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos y publicada en su sitio web institucional.

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si éste se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes por una sola vez. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley.

Artículo 144 octies.- Vencido el plazo del contrato adjudicado a la compañía de seguros por la licitación, o en caso de término por cualquier otro motivo, y si la nueva licitación es adjudicada a una compañía de seguros distinta, los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a estos, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas.

En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación de la expresión “y éste lo reclasificará”, el siguiente texto: “, sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el período de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión”.

7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser inciso undécimo, y así sucesivamente:

“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la Institución de Salud Previsional estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva

cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la Institución de Salud Previsional. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales a que hace referencia el inciso anterior no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.

8) Introdúcense, en el artículo 189, las siguientes modificaciones:

a) Intercálase, en el encabezamiento del inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.

b) Agrégase, a continuación del inciso séptimo, el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual a ser noveno y así sucesivamente:

“Con el solo objetivo de que las Isapres puedan revisar la correcta emisión de las cuentas cobradas por los prestadores de salud con los que tienen convenios de pago a través de paquetes de prestaciones, los prestadores deberán poner a disposición de la Institución de Salud Previsional el detalle de las prestaciones otorgadas a las personas beneficiarias que han requerido la atención de salud mediante esta modalidad.”.

9) Agrégase a continuación del inciso primero del artículo 190, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual inciso segundo a ser inciso tercero, y así sucesivamente:

“Lo señalado en el inciso anterior no será aplicable a los planes complementarios cuya bonificación esté definida en copago fijo o a través de mecanismos de pago al prestador por paquetes de prestaciones, tales como, pago asociado al diagnóstico o grupos relacionados por el diagnóstico. En ningún caso, las coberturas que otorguen las Instituciones de Salud Previsional podrán ser inferiores a aquellas que otorgue el Fondo Nacional de Salud por la misma prestación contenida en los mencionados mecanismos de pago.”.

10) Modifícase el inciso segundo del artículo 206 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese, en el párrafo primero, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por la siguiente: “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

b) Intercálase, en el párrafo tercero, entre la expresión “cada Institución de Salud Previsional” y el punto seguido, la frase “, conjuntamente con los montos resultantes de la verificación realizada de conformidad al artículo 206 bis.”.

11) Agrégase a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, verificará el precio que las Isapres cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud, de conformidad al siguiente procedimiento:

a) En el plazo de quince días corridos contado desde la publicación del decreto que contemple o modifique las Garantías Explícitas de Salud, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud los precios que cobrarán por dichas garantías a sus afiliados. En dicha comunicación, las Isapres deberán señalar y justificar el precio que cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud y acompañarán todos los antecedentes técnicos que sirven de base para el cálculo.

La Superintendencia de Salud mediante circular dictada al efecto, determinará la información, así como la forma de presentar cada uno de los antecedentes técnicos antes indicados.

b) Con tales antecedentes, la Superintendencia de Salud verificará el precio que corresponde a cada Isapre.

La verificación de los precios informados por las Isapres deberá considerar la variación de los costos de las prestaciones de salud, y la variación de la frecuencia de uso experimentada por ellas. Asimismo, deberá observar el costo de las prestaciones incluidas en las canastas de Garantías Explícitas de Salud, la tasa de uso efectivo de tales Garantías por parte de los beneficiarios, y el estudio de verificación de costos regulado en la ley N° 19.996, que establece un Régimen de Garantías en Salud.

c) El Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá la verificación de los precios informados por las Isapres y el precio que cobrará cada una de ellas por las Garantías Explícitas de Salud a sus afiliados, dentro del plazo de treinta días corridos contado desde la publicación del decreto a que hace referencia la letra a). Dicha resolución

deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

Los precios que cobrarán las Isapres por las Garantías Explícitas de Salud así fijados se entenderán justificados para todos los efectos legales. Estos precios entrarán en vigencia junto con el decreto que hace referencia el literal a)”.

12) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el numeral 3 del inciso primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual párrafo segundo a ser párrafo tercero:

“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N° 18.045.”.

b) Reemplázase, en el inciso penúltimo, la expresión “la procedimiento concursal” por “el procedimiento concursal”.

Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las Instituciones de Salud Previsual aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsual:

1) La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el

cálculo de la adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

Esta adecuación se realizará simultáneamente con el ajuste al que hace referencia el artículo 9° de la presente ley.

2) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación del numeral precedente, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

3) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores. La restitución no considerará los montos por concepto de excedentes de conformidad al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que, en el período en cuestión ya fueron devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines establecidos en el referido artículo. Lo no devuelto, renunciado o requerido por las personas afiliadas, debe ser restituido íntegramente.

4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1° de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1) anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, así como la obligación de

enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de la adecuación señalada en el numeral 1), así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.

Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; propuestas de compensación, si procedieren, y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución. Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados.

c) Una propuesta para incorporar en todos los contratos que administre la Institución, una prima extraordinaria por beneficiario, correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliadas, correspondientes a prestaciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros. Asimismo, deberá considerar los costos operacionales y no operacionales que permiten el cumplimiento de los contratos de salud, incluyendo, además, las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta trece años. Con todo, la propuesta deberá contemplar mecanismos a fin de que la deuda de las personas mayores de ochenta años de edad sea pagada íntegramente dentro de los primeros veinticuatro meses de

implementación del plan de pago y ajustes; y que la deuda de las personas de sesenta y cinco años o más sea pagada dentro de los primeros sesenta meses.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará en cuotas mensuales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas cotizantes. El o la cotizante podrá solicitar, a su voluntad, el pago anticipado de la deuda o una parte de ella y, para estos efectos, podrá transigir con la Institución de Salud Previsional mediante un pago único acordado entre las partes, cuyo monto corresponderá al saldo insoluto, total o parcial, de la deuda menos una tasa de descuento por la preferencia temporal de pago. La tasa de descuento no podrá superar el equivalente a la tasa de interés máxima convencional vigente al momento de celebrar el acuerdo. En el evento que las Instituciones de Salud Previsional pretendan utilizar este mecanismo, deberán informarlo en el plan de pago y ajustes. Si el o la cotizante y la Institución respectiva celebraran un acuerdo de esta índole, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de celebración del acuerdo.

Respecto de la prima establecida en el literal c) anterior, ésta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022. Asimismo, la referida prima no podrá implicar un alza mayor a un 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha. En el caso de cotizantes independientes y voluntarios, la prima no podrá implicar un alza mayor al 10% por contrato respecto de la cotización pactada en el mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá

dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de diez días contado desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico de conformidad al artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de éste, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de

incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso noveno.

En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.

Artículo 4°.- En la oportunidad y forma en que se comunique la aplicación de la prima extraordinaria, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca. Para estos efectos operará lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a la aplicación de la prima extraordinaria, las personas afiliadas afectas a ella podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional cambiarse a alguno de los planes que les sean ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud y operará la entregada al momento de suscribir el contrato que se le aplicó la prima extraordinaria.

Artículo 5°.- Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada sino hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud

Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180; **ni tampoco para la determinación del patrimonio mínimo establecido en el artículo 178 del mismo cuerpo legal.**

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remanente impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Libro Cuarto del Código Civil.

Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia de Salud del cumplimiento total del pago de las cantidades percibidas en exceso, acompañando todos los antecedentes que den cuenta de ello, debiendo la Superintendencia certificar el cumplimiento en un plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la comunicación de la Institución con los antecedentes respectivos.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin existir la debida certificación del pago

total de las cantidades percibidas en exceso, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a) Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b) Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo, y todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles

siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida provisional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente certificación serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

Artículo 7°.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la certificación referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha certificación.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se realizare dentro de los dos años anteriores a la resolución de reorganización o liquidación, o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución, la pena aumentará en un grado.

Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley N° 21.595, sobre delitos económicos.

Artículo 8°.- Mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajustes, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia de dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a las personas afiliadas títulos representativos de deuda a largo plazo por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes referida en el artículo 3. Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. En ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda. Estos títulos se registrarán por lo dispuesto en la ley N°18.045, Ley de Mercado de Valores.

Artículo 9°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en el numeral 1) de dicho artículo.

Previo a hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respectiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.

Artículo 10.- Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

Artículo 11.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación **de los artículos 2° y siguientes** de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121, número 11, y 220 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Artículo 12.- La Superintendencia de Salud deberá dictar una circular con normas que garanticen el acceso a la información contenida en esta ley. Dichas normas deberán obedecer a los criterios de accesibilidad, efectividad, inclusividad y antidiscriminación, los cuales regirán a las instituciones previsionales de salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de esta ley.

Artículo **segundo**.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2° de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.

Artículo tercero.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sea necesario para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciare dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contados desde la comunicación del rechazo, una nueva nómina que se registrará por la misma regla señalada en el inciso anterior.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de siete días contado

desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo **cuarto**.- El artículo 144 quáter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud incorporado por el numeral 5) del artículo 1°, entrará en vigencia a contar del tercer año de la publicación de esta ley. Previo a ello, la Modalidad de Cobertura Complementaria no incluirá al seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial.

Artículo **quinto**.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley, y que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley, ésta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.

Artículo **sexto**.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

Una vez otorgada la o las prestaciones autorizadas por el Fondo Nacional de Salud, el prestador de salud que la hubiese realizado derivará a la persona beneficiaria a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, seguirán corriendo sin interrupción.

Artículo **séptimo**.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.

Artículo **octavo**.- Respecto de las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional a las que ésta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional cuentan con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan solicitado expresamente a la Institución esta cobertura, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al tratamiento, y mantendrá el prestador o lo derivará a otro que asegure condiciones sanitarias similares. Para estos efectos el Fondo podrá celebrar los convenios correspondientes.

Artículo **noveno**.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos **sexto, séptimo y octavo**, transitorios, de la presente ley.

Artículo **décimo**.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las

discriminaciones por edad y sexo, **y los mecanismos que permitan su viabilidad**, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

Artículo undécimo.- Excepcionalmente, el proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197, 198 y 198 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, estará asimismo sujeto al numeral primero del artículo 95 de la ley N°21.647, que otorga reajuste general de remuneraciones a las y los trabajadores del sector público, concede aguinaldos que señala, concede otros beneficios que indica y modifica diversos cuerpos legales, durante los años 2025, 2026 y 2027 o hasta que se modifique o reemplace la normativa vigente, en caso que esto acontezca con anterioridad al proceso de adecuación del precio base correspondiente al año 2027.

Artículo duodécimo.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.


Artículo décimotercero.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días 2 de mayo de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco; 3 de mayo de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco; 6 de mayo de

2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco; 7 de mayo (AM) de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco; 7 de mayo (PM) de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco; 8 de mayo de 2024 (AM), con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco, y 8 de mayo de 2024 (PM), con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danus (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y de los Honorables Diputados señoras Ana María Gazmuri Vieira y Gael Yeomans Araya, y señores Andrés Celis Montt; Tomás Lagomarsino Guzmán y Daniel Lilayu Vivanco.

Sala de la Comisión, a 12 de mayo de 2024.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Pablo Libuy Garcia".

JUAN PABLO LIBUY GARCIA
Abogado Secretario de la Comisión Mixta

**INDICE**

CONSTANCIAS	2
NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL	2
CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA	3
ASISTENCIA	3
DESCRIPCIÓN DE LA CONTROVERSI	6
EXPOSICIONES PREVIAS	6
ACUERDOS DE LA COMISIÓN MIXTA	64
PROPOSICIÓN	135
TEXTO DEL PROYECTO	151
ACORDADO	180
INDICE	182