

**SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.**

---

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Salud pasa a informar, en segundo trámite reglamentario sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

**I.- CONSTANCIAS.**

**Urgencias:** El proyecto fue calificado de “simple” y de “suma urgencia”. Se despachó con la última.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 287 del Reglamento de la Corporación, se establecen las siguientes constancias:

**1. Normas orgánicas constitucionales y de quórum calificado:**

La Comisión, por la unanimidad de los Diputados presentes, facultó al señor Presidente para establecer las disposiciones de tales características.

El artículo 49 debe ser sometido a votación con quórum de ley orgánica constitucional.

**2. Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda.**

De conformidad a las facultades concedidas por la Comisión el señor Presidente dispuso remitir a la Comisión de Hacienda los artículos 3°, 6°, 14, 15, 16 y 17 y los Títulos III y VI y los artículos cuarto y quinto transitorios.

**3. Artículos que no han sido objeto de indicaciones o de modificaciones.**

1°, 2°, 5°, 7°, 8°, 10, 11; 14 que pasa a ser 18, en lo que dice relación con sus números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; 15, que pasa a ser 19, número 2; 16 que pasa a ser 21, 22, que pasa a ser 28; 23, que pasa a ser 29; 24, que pasa a ser 30; 25, que pasa a ser 31; 26, que pasa a ser 32; 27, que pasa a ser 33; 28, que pasa a ser 34; 29, que pasa a ser 35, 30 que pasa a ser 36, y los artículos primero, segundo y tercero transitorios.

**4. Artículos suprimidos.**

No los hay.

**5. Artículos modificados.**

**Artículo 3°.**

*“Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus*

*respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.”*

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional y las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.”

2. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“El Régimen deberá incluir la cobertura de las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria, y la de las prestaciones y beneficios respecto de los problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental.”

3. Del Ejecutivo, para agregar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo:

“El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.”

En el debate se fundamentó la indicación número 1 en el sentido de que un grupo importante de personas imponentes de las Fuerzas Armadas y de Orden quedan al margen de los beneficios que establece esta ley y es de toda justicia que estos beneficios también les sean aplicables.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibles la indicación signada con el número 1.

Respecto de la indicación signada con el número 2, se expresó que en el proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933. sobre Instituciones de Salud Previsional, se aprobó una norma similar a la que se propone y que impone a las Isapres las acciones de prevención. Esta obligación no existe en el sistema público de salud, por lo que se estima que debe existir para todo el sistema de salud, sea éste público o privado.

Por otra parte, se hizo presente que no se está incorporando ninguna atribución nueva en el sistema público de salud sino que sólo incluyendo en esta ley una norma existente, dado que las funciones de prevención son propias del Ministerio de Salud.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que es de la naturaleza del Régimen de Garantías en Salud el ser flexible, en razón de que los problemas de salud pública son dinámicos y, por tanto, variables. Sin embargo; manifestó que la indicación es inadmisibles, por irrogar gastos.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibles la indicación número 2, por implicar gastos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) destacó que la indicación del Ejecutivo tiene por objeto establecer la obligación de la autoridad de señalar las condiciones de acceso, de calidad y de oportunidad en que se efectuarán todas las prestaciones del Régimen a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

Reconoció que esta obligación implica una tarea ardua y compleja, pero que, a su vez, colocará al país en un lugar de liderazgo en el ámbito internacional, al existir un sistema de salud que, tendiendo hacia la universalidad en el acceso, tendrá dispuestas prioridades garantizadas y que será capaz de transparentar a la ciudadanía las condiciones en que toda prestación debe ser dada. Agrega que ello estará determinado por la capacidad de que el país dispone actualmente y de la que dispondrá en el futuro, ya que, responsablemente, no se puede ofrecer lo que no se puede hacer; pero se debe ser transparente y especificar lo que se puede otorgar en igualdad de condiciones para todas las personas, independientemente de su condición.

Por tanto, existirá un conjunto de prestaciones que, por su carácter de prioridad sanitaria, deben tener un nivel explícito de sus garantías, así como deberá haber normas claras sobre las demás prestaciones.

En la discusión se señaló que esta disposición recoge una inquietud de diversos sectores de la comunidad respecto de las patologías que no están cubiertas por el Régimen de Garantías en Salud.

Por otra parte, se consideró que la indicación no satisface las expectativas planteadas por los miembros de la Comisión, estimándose que ella sólo recoge una inquietud planteada básicamente por el Colegio Médico sobre el tratamiento de las patologías AUGE y las no AUGE y la discriminación que, a juicio de esa institución, se genera.

En síntesis, se consideró que las patologías no incluidas en el Régimen de Garantías no tendrán ningún tipo de preferencia en cuanto a la oportunidad y a la cobertura financiera y no tendrán ninguna de las características de las consideradas en el inciso primero. Las no incluidas serán ordenadas por el Ministerio, de acuerdo con las atribuciones que se le otorgan en el inciso segundo, pero sin ningún otro tipo de efectos ya que los beneficiarios no podrán exigir nada.

Se consultó al señor Ministro cuál es la diferencia entre un paciente AUGE y uno no AUGE, de conformidad con lo expresado en la indicación.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que en el sistema público de salud todos los usuarios tienen protección financiera, ya que están estratificados según su nivel de ingresos, y que el problema existente es el de la oportunidad de la atención.

Por otra parte, aclaró que el inciso segundo no desdibuja el objetivo de la Reforma de Salud, ya que ésta busca avanzar hacia el acceso universal sin discriminación alguna y que ello se desea hacer en forma responsable, sin ofrecer falsas expectativas a la población. Cuando no existen los recursos suficientes para garantizar el acceso universal y terminar con los problemas de las listas de espera, necesariamente se debe priorizar, sin dejar de hacer el esfuerzo para llegar a ese objetivo primario,

Enfatizó que no existe diferencia entre paciente AUGE y no AUGE, ya que el Régimen se refiere a las prestaciones y no a las personas.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos,**

Puesto en votación el artículo 3º, **fue aprobado por unanimidad.**

#### **Artículo 4º.**

*“El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.*

*La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.*

*Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.*

*Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.*

*Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.”*

Los Diputados Accorsi y Robles formularon indicación para reemplazar el inciso primero por el siguiente:

*“Artículo 4º.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469, N° 18.933 y N° 19.465, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.”*

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

#### **Artículo 6º.**

*“El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.*

*Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.*

*Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.*

*El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima*

*Universal; la tabla de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad; y un índice de siniestralidad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.*

*Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y una tabla de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.”*

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para intercalar, en el inciso cuarto, a continuación de la expresión “Prima Universal”, la frase “un índice de siniestralidad;” y suprimir la frase “y un índice de siniestralidad”.

2. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso cuarto, la expresión “la tabla”, por “un modelo”.

3. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero:

Al inciso cuarto, para eliminar la frase “considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad”.

4. Del Diputado Cornejo, al inciso quinto, para reemplazar las palabras “una tabla” por “un modelo”.

En la discusión se expresó que el inciso cuarto establece que la tabla de compensación de riesgo considerará, entre otras cosas, el índice de siniestralidad. Se estimó que, para el común de las personas, el concepto de siniestralidad en materia de seguros está referido a la mayor o menor ocurrencia de siniestros, en este caso, se trataría de consultas o enfermedades. Se preguntó cuál es el sentido de este índice en este artículo.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que el índice de siniestralidad dice relación con la ocurrencia efectiva de problemas de salud, por lo que se debe considerar la situación anterior, *ex antes*, y la posterior, *ex post*. Cree que, en la medida en que se pueda contar con información confiable, si se revisan los modelos internacionales de ajuste de riesgo, existen predicciones que se realizan *ex antes* y que deben ser corregidos *ex post*, dependiendo, entre otros aspectos, de un subconjunto de enfermedades y condiciones, en la medida en que éstas se produzcan. Por lo tanto, se está hablando de un modelo, no de una tabla, por lo que el Ejecutivo está formulando indicación para reemplazar dicha expresión, ya que es necesario corregir los índices en base a la ocurrencia efectiva del problema.

El señor **Tokman** (asesor del Ministerio de Hacienda) precisó que, en la forma propuesta, el índice de siniestralidad no será considerado dentro de la tabla de compensaciones y que lo mínimo para compensar serán las variables de sexo y edad. El índice de siniestralidad es lo que falta para determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud y no implica un índice individual por cada aseguradora, sino que corresponde a un índice global necesario para saber cuánto está costando garantizar la atención de estos problemas de salud.

En la Comisión se señaló que de los fundamentos expresados no queda clara la actual redacción de este inciso, por lo que se propondrá su supresión.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, para mayor claridad, debiera aprobarse la indicación número 1, ya que ahí queda nítidamente señalado que el índice de siniestralidad no será considerado en la elaboración del modelo de ajuste de riesgo.

En el seno de la Comisión se destacó que las variables de sexo y edad son las que menos inciden en el tema de salud y, en cambio, las socioeconómicas son las que más influyen y son las que estarían quedando fuera por lo que se estima necesaria la aprobación de la indicación número 1.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación N° 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 3, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación N° 4, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 9°.**

*“El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.*

*Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:*

- 1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.*
- 2. Dos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.*
- 3. Dos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado.*

*Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.*

*Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.”*

Los Diputados, Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para introducir las siguientes modificaciones:

a) Intercalar, en el número 2, a continuación de la palabras “Dos”, la palabra “decanos” y, al final del numeral, antes del punto (.), la frase “o sus representantes”

b) Intercalar, en el número 3, a continuación de la palabras “Dos”, la palabra “decanos” y, al final del numeral, antes del punto (.), la frase “o sus representantes”

En el debate, se fundamentó la indicación signada con la letra a) señalándose que se debe precisar que el integrante del Consejo debe ser el decano o su representante, en razón de la importancia de la labor que desempeñará en el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, ya que deberá contar con el respaldo de su facultad y no con el propio de un académico.

Por otra parte, se estimó que debe dejarse abierta la posibilidad de que sea el decano el que elija a su representante y dicho nombramiento puede recaer en cualquier académico.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

### Artículo 12.

*“El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.*

*Las modificaciones del Régimen incorporarán progresivamente y en forma incremental los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.*

*Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.”*

La Diputada Cristi y los Diputados Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud será revisado cada tres años, contados, la primera vez, desde la publicación del decreto que lo establezca y, en lo sucesivo, de la del que apruebe sus modificaciones.

El Régimen o sus modificaciones entrarán en vigencia no antes de sesenta días contados de la publicación señalada en el inciso precedente.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero no existiere una modificación del Régimen aprobada por decreto, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Sin perjuicio de lo señalado en los incisos precedentes, en circunstancias graves y calificadas, el Presidente de la República podrá ordenar, mediante decreto supremo fundado, la revisión del Régimen antes del cumplimiento del plazo indicado en el inciso primero.”

En la discusión se señaló que la indicación es meramente formal y no contiene modificaciones de fondo. Así es como el inciso primero regula la vigencia del Régimen, el segundo se refiere a su modificación y el tercero a la facultades del Presidente de la República.

En contraposición, se expresó que la indicación no contempla la referencia a que las modificaciones del Régimen no pueden implicar la limitación o disminución de los derechos de las personas afectas a esta ley.

Los autores aclararon que esa referencia la han considerado redundante, por cuanto ello ya está contemplado en otras disposiciones del proyecto.

Puesta en votación la indicación, se contabilizaron cuatro votos a favor, cinco en contra y una abstención. Repetida reglamentariamente, se produjo un empate. Repetida nuevamente la votación, ésta se mantuvo. Consecuentemente, por ser la última sesión de la Comisión sobre esta materia, **se dio por rechazada** reglamentariamente la indicación.

### Artículo 13.

*“El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.*

*Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad*

sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

*Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud."*

Se formularon las siguientes indicaciones.

1. De los Diputados Accorsi y Cornejo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 13.- El Sistema de Acceso Universal y el Régimen de Garantías Explícitas señaladas en el artículo 1° deberán ser financiados obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N°18.469 y a los de las Instituciones de Salud Previsional.

Los beneficiarios indicados en el inciso anterior podrán elegir libremente a su médico tratante y al establecimiento donde recibirán las atenciones de salud, tanto para el Sistema de Acceso Universal como para el Régimen de Garantías Explícitas.

Los médicos, debidamente acreditados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, deberán suscribir un contrato que establecerá las normas técnicas, los estándares de calidad, los procedimientos y aranceles definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. El reglamento precisará lo establecido en los párrafos anteriores."

2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, al inciso primero, para sustituir la frase "deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías" por la siguiente "estarán obligados al financiamiento de las acciones".

3. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Ojeda y Palma, para intercalar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469."

4. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Palma y Robles, para incorporar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"En el caso de las especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, los prestadores individuales que no dispongan de reconocimiento otorgado por alguna universidad reconocida por el Estado, un organismo autónomo de alta calificación científica o por el reconocimiento de un Servicio de Salud por más de cinco años de ejercicio efectivo de la especialidad, deberán acreditarse ante la autoridad sanitaria, la que certificará a través de una comisión especial que estará conformada por representantes de sociedades científicas, facultades de medicina, colegio profesional, y su funcionamiento será regulado por el reglamento correspondiente."

5. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase que comienza con la expresión "que, conforme a la ley," y termina con las

palabras "Garantías en Salud" por la siguiente: "que hayan suscrito convenios con el Servicio de Salud respectivo o con el Fondo Nacional de Salud para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979."

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisibles** las indicaciones números 1, 2 y 4, por incidir en materias de iniciativa exclusiva de S.E. el Presidente de la República.

Respecto de la indicación signada con el número 3, manifestó tener dudas respecto de su admisibilidad, por lo que solicitó un pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación la admisibilidad, se aprobó por seis votos a favor y cuatro en contra.

Sin debate, puesta en votación la indicación número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo tiene por objeto especificar las condiciones por las cuales el Fondo Nacional de Salud puede suscribir convenios con terceros y dice relación con el límite establecido por el decreto ley N° 2.763, de 1979.

Se dejó expresa constancia de que la objeción que merece la nueva redacción propuesta por el Ejecutivo a este inciso dice relación con el otorgamiento de facultades al Fonasa para articular la red asistencial pública. Es decir, no sólo se otorgan atribuciones a los Servicios de Salud para establecer convenios con prestadores privados, sino que también al Fondo Nacional de Salud. Ello implica que la red no sólo estará integrada por establecimientos públicos y por clínicas privadas que puedan haber suscrito convenio con el Servicio, sino que, además, por otra red paralela, conformada por aquellos prestadores que hayan suscrito convenio con el Fonasa, lo cual implica un cambio drástico, en que el que paga es el que articula la red.

Se insistió en que debe ser el Estado, a través del Ministerio de Salud, el que debe tener una red de prestadores. Ella se descentraliza mediante los Servicios de Salud. Esa debe ser la forma de establecer las redes asistenciales.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reconoció que actualmente los convenios son suscritos por los Servicios de Salud, pero aseveró que el Fondo Nacional de Salud también está facultado para suscribir convenios con prestadores privados. Por lo tanto, no existe ninguna modificación respecto de las normas vigentes, sino que sólo se hace referencia al cuerpo legal que define lo que debe entenderse por red asistencial, lo que corresponde a la ley sobre autoridad sanitaria y gestión, es decir, al decreto ley N° 2.763, de 1979. Por tanto, lo único que se está haciendo es precisar la norma.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación número 5, **fue rechazada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 14, nuevo.**

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 14, nuevo:

"Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.”

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Los Diputados Bayo, Ojeda, Olivares y Palma formularon indicación para agregar el siguiente inciso, final:

“Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contradervación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.”

En la Comisión se estimó que este inciso restringe la actividad profesional. Quien se inscriba en una Isapre estará obligado a someterse a sus normas en circunstancias que en el Régimen de Garantías se contempla que las normas las establecerá el Ministerio de Salud para todos los prestadores, lo que está en directa contradicción con la posibilidad de que las Instituciones de Salud Previsional tengan capacidad normativa respecto de los procedimientos en el Régimen de Garantías en Salud.

Por otra parte, se expresó opinión en el sentido de que esta indicación no es contradictoria con las facultades del Ministerio en esta materia y de que las referencias que se hacen al cumplimiento de los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen dicen relación con la celebración del convenio entre el prestador y la Isapre.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) hizo presente que está indicación proporciona las herramientas administrativas para que las Isapres puedan pactar aranceles y den cumplimiento al Régimen de Garantías en Salud. Este inciso

se refiere a la celebración de convenios y no a las normas del Régimen propiamente tal.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 15, nuevo.**

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar el siguiente artículo 15, nuevo:

“Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

Asimismo, dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.”

- El Diputado señor Ojeda formuló indicación al inciso primero, para reemplazar la expresión “expreso señalamiento” por “expresa mención”

- Los Diputados Aguiló, Cornejo, Forni, Masferrer y Melero, formularon indicación para incorporar el siguiente artículo 15, nuevo:

“Artículo 15.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen, recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se deberá dejar constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N°18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud."

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) manifestó que el artículo 15 nuevo que se propone por el Ejecutivo recoge lo propuesto por la indicación de los parlamentarios que fue declarada inadmisibles en el trámite anterior de este proyecto sobre un procedimiento administrativo de reclamación frente al incumplimiento en que pueda incurrir un prestador determinado respecto a la oportunidad de la atención de la prestación incluida en el Régimen de Garantías.

Se confía al reglamento la determinación de los instrumentos para que se ejecute de manera expedita la obligación no cumplida por el prestador.

En la Comisión se expresó que, efectivamente, la indicación del Ejecutivo recoge el espíritu de la indicación de los parlamentarios que tiene por objeto crear un sistema ágil de reclamación ante el incumplimiento de las garantías, a fin de no judicializar el sistema.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró inadmisibles la indicación de los parlamentarios.

En el debate se estimó necesario fijar un plazo para promulgar el reglamento, ya que la demora en que se incurre en la aprobación y promulgación imposibilitará el ejercicio de los derechos por parte de los beneficiarios.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) precisó que este artículo resguarda la obligación para que el Fondo Nacional de Salud y las Isapres, en las mismas condiciones, cumplan con la garantía de oportunidad prevista en la ley cuando la prestación no sea otorgada al beneficiario.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) planteó dudas respecto de la solución automática del reclamo, especialmente cuando se está proponiendo la creación de una Superintendencia que se deberá abocar a la solución de este problema.

En la Comisión se insistió en que el bono automático estaba pensado para el caso de no cumplimiento de la garantía de oportunidad, ya que esa es la forma más clara en cuanto al incumplimiento, por lo que esta idea no es contradictoria con la creación de la Superintendencia.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo no hace rígido el sistema de reclamo, sobre todo considerando que no se encuentran establecidas las condiciones para hacer efectivas las garantías ni definidos los centros que otorgarán las prestaciones, ya que no basta que haya convenio, sino que deben existir las condiciones para hacerlo, y menos se pueden generar incentivos para no dar cumplimiento con las garantías.

Cerrado el debate y puestas en votación la indicación del Ejecutivo con la del Diputado Ojeda, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

La Diputada Cristi y los Diputados Forni, Masferrer y Melero formularon indicación para agregar al artículo 15, nuevo, el siguiente inciso, final:

"En caso de que no se cumpla con el otorgamiento de la prestación dentro del plazo señalado en el reglamento, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla."

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) expresó tener dudas respecto de la admisibilidad de la indicación, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación al admisibilidad, se contabilizaron seis votos en contra, cinco a favor y una abstención, Repetida, reglamentariamente la votación, **fue rechazada** por seis votos en contra, cuatro a favor y una abstención. Consecuentemente, se declaró **inadmisible** la indicación.

#### **Artículo 16, nuevo.**

El Ejecutivo formuló indicación para incorporar, a continuación del artículo 15, nuevo, el siguiente Párrafo 6º, nuevo, en el Título I, modificándose la numeración de los artículos que le siguen:

##### **“Párrafo 6º: Del Aporte Fiscal por Concepto de Prima Universal.**

“Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.”

En el seno de la Comisión se destacó que se propone un mecanismo claro destinado al otorgamiento del aporte fiscal para los indigentes y para los afiliados cuyas cotizaciones no alcancen a cubrir el costo del AUGE. Asimismo, esta disposición aborda el problema de la acreditación de la indigencia, que actualmente está encomendada a las municipalidades, sin que exista un criterio uniforme para su determinación.

Sin más debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

#### **Artículo 17, nuevo.**

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Olivares, Quintana y Robles formulan indicación para agregar en el párrafo VI!, el siguiente artículo 17, nuevo.

"Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de salud Previsional o a sus afiliados."

En el debate, se fundamentó la indicación señalando que, para los autores de la misma, esta materia reviste suma importancia, ya que durante la discusión de las diversas iniciativas que conforman la Reforma de Salud en lo que dice relación con la solidaridad, el financiamiento efectivamente está construyendo un sistema más equitativo. El proceso de reforma que ha iniciado el Gobierno no intenta modificar la realidad existente de que los sectores pobres son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y que los de medios y altos ingresos los son de Isapres. Resulta obvio que la focalización del gasto fiscal tiene que apuntar de manera inequívoca a los sectores de menores ingresos de la población, por lo que la proposición del Ejecutivo respecto del aporte fiscal para cubrir el valor de la prima universal, en el caso de los indigentes o de las personas cuyas cotizaciones no alcancen para cubrir su valor total, fue aprobada por unanimidad.

La indicación tiene por objeto dejar claramente señalado que estos aportes deben ser ingresados al Fonasa y que por ningún motivo la persona pueda cambiarse a una Isapre y llevar ese aporte estatal a una Isapre.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, al parecer, los señores parlamentarios no comprendieron el alcance del artículo 16 de este mismo párrafo, que establece que el aporte fiscal será entregado al Fondo Nacional de Salud y no a las personas, por lo que, si éstas deciden ingresar a una Isapre, no pueden llevarse el aporte.

Por el contrario, se puso énfasis en que es de la esencia de la libre elección que la persona puede escoger libremente su sistema de salud. Ello está directamente relacionado con la portabilidad del subsidio.

Por otra parte, se destacó que, si no queda claramente establecida una norma como la propuesta, podría suceder que el Fondo de Compensación terminara entregando recursos fiscales a las Isapresa lo cual es enteramente inaceptable.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 14, que pasó a ser 18.**

##### **Nº 9.**

*"Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud.", pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo."*

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles formularon indicación a este número, para agregar, en el inciso primero, del artículo 28, a continuación del punto seguido (.), la siguiente frase: "Con todo, los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se atiendan en modalidad institucional, en el caso de hospitalización, estarán exentos de realizar copagos."

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

#### **Título II, Disposiciones Varias.**

Se hace presente que no se formularon indicaciones al artículo 14 del proyecto, que pasó a ser 18.

**Artículo 15, que pasó a ser 19.**

Modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

**N° 1.**

*"1.- En el artículo 2°:*

*a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).*

*b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).*

*c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:*

*"i) La expresión "plan convenido" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud y los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."*

El Ejecutivo, formuló indicación para sustituir la letra c), del número 1, por la siguiente:

*"c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:*

*"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan", incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."*

En el debate se señaló que las Isapres están obligadas a otorgar el Régimen de Garantías más el plan complementario que equivale a lo dispuesto en la ley N° 18.469, que establece el régimen de prestaciones para todos los beneficiarios del sector público en su modalidad de libre elección. Se consultó acerca de cuál es el objeto de esta indicación.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) aclaró que la indicación es meramente formal y su objeto es señalar que el plan complementario tiene como beneficios obligatorios mínimos todas las prestaciones y bonificaciones del arancel Fonasa de libre elección. Agregó que en el artículo 33 bis se contempla el Régimen de Garantías en Salud.

Se hizo presente que la norma podría contener modificaciones de fondo, ya que el plan de salud celebrado entre una Isapre y un beneficiario contiene una parte obligatoria y una complementaria. La obligatoria, a su vez, tiene dos componentes: uno, que corresponde al Régimen de Garantías en Salud y, otro al arancel Fonasa de modalidad de libre elección.

En lo que respecta al Régimen de Garantías, las Isapres no pueden cobrar un precio distinto para todos los afiliados y no podrán efectuar ninguna discriminación por razones de sexo o de edad. Sobre la segunda parte, es decir, todas las prestaciones incluidas en la modalidad de libre elección del Fonasa, no pueden hacer distinción de precio entre los afiliados de su propia Isapre.

Por ello, se expresó que queda la impresión de que, si se modifica este artículo, lo único que se está haciendo es dar lugar a interpretaciones erróneas.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) hizo presente que la observación es razonable en cuanto a los beneficios mínimos de un contrato que una Isapre puede celebrar con un usuario, ya que ello incluye el Régimen de Garantías y la modalidad de libre elección del Fonasa, además del subsidio de incapacidad laboral.

Desde el punto de vista del precio nivelado, existe una innovación en el sentido de que se establece la obligación de que haya un precio nivelado para las prestaciones mínimas. Pero, en lo que dice relación con la libre elección, no se puede establecer un criterio rígido sino que debe existir flexibilidad, para que no se produzca un subsidio desde las personas de menores recursos que tienen un plan institucional hacia los de mayores recursos con modalidad de libre elección.

En el seno de la Comisión se dejó constancia de que se entiende la explicación del Ministro, pero que, así como los beneficiarios del Fonasa tienen acceso a dos modalidades de atención perfectamente definidas y reguladas, en lo que respecta a los beneficiarios de Isapres la distinción entre la modalidad institucional y de libre elección no lo es tanto, sobre todo si se tiene presente el hecho de que no existen prestadores exclusivos, sino preferentes. Pero no puede eliminarse la modalidad de libre elección y, por lo tanto, todos tienen posibilidad de acceder a ella. Incluso quien utiliza un prestador preferente está haciendo uso de la libre elección.

Lo que no se entiende es cómo se puede producir el efecto de que las personas de menores ingresos subsidien a las de mayores ingresos que usen la modalidad de libre elección.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que la modalidad de libre elección en Isapres difiere de la del Fonasa en el sentido de que la primera es flexible y permite gran diversidad de competencia. Por lo tanto, siendo parte del plan obligatorio el que exista para este tema el precio nivelado, al haber tanta diversidad y diferencia en el precio de los aranceles, se produce el efecto inconveniente de un subsidio de las personas de menores recursos, que usan menos la modalidad de libre elección, hacia los otros usuarios. Esa es la razón técnica por la cual se propone modificar esta disposición.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos.**

### Nº 3.

*"3.- Agrégase, a continuación del artículo 31, el siguiente artículo 31 bis, nuevo:*

*"Artículo 31 bis.- Los trabajadores independientes que hayan optado por afiliarse a una Institución de Salud Previsional dejarán de pertenecer al Fondo Nacional de Salud.*

*Sin perjuicio del precio pactado con la Institución, estos trabajadores estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes reglas:*

*1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley 3.500, de 1980, con el límite máximo señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.*

*2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.*

*3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.*

*Estos afiliados tendrán derecho a los subsidios por incapacidad laboral o de maternidad, sólo en caso de que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones.*

*Sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la*

*República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización legal para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.*

*Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor de la Isapre en que se encuentre afiliado, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.*

*Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto, sin perjuicio de las facultades de las Instituciones de Salud Previsional señaladas en el artículo 31."*

El Ejecutivo formuló la siguiente indicación, para sustituir su número 3 por el siguiente:

"3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión "anuales".

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) manifestó que la indicación es una parte de dos modificaciones. La primera es hecha al artículo 32 bis) de la ley para suprimir la expresión "anuales" y permitir la adecuación de los contratos cada tres años. Al mismo tiempo, deja sin efecto la norma del artículo 31 bis contenida en este numeral del proyecto, relacionada con la obligación de los independientes de cotizar, ya que dicha obligación se entiende cumplida cuando se estableció en la ley N° 18.469 que los trabajadores independientes deben cotizar para salud, ya sea en Fonasa o en Isapres, por lo que es innecesario repetir esta norma en la ley N° 18.933.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

#### N° 4.

"4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

*"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud y a los demás beneficios obligatorios definidos en el artículo 33 bis, si se hubiere pactado, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán."*

b) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

*"c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato."*

El Ejecutivo formuló indicación para modificar el número 4 de la manera que se expresa:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

*"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá comprender, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección."*

b) Intercálase, a continuación de la letra a), la siguiente letra b), nueva, pasando la actual a ser letra c):

“b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

“a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Isapre hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores.”

c) Agréganse, a continuación de la letra b), que pasó a ser letra c), las siguientes letras d), e) y f), nuevas:

“d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

1.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

“d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38.”

2.- Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g) la expresión “artículo 33 bis” por “artículo 33 ter”, todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.), por la siguiente: “El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.”

#### **Letra a).**

Sustituye la letra a) del artículo 33.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que, en general, la indicación tiene por objeto perfeccionar la transparencia del mercado de los seguros privados de salud.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) expresó que la sustitución de la letra a) tiene por objeto traspasar al plan complementario la cobertura financiera del Fondo Nacional de Salud en forma obligatoria.

Sin debate, puesta en votación la indicación a la letra a), fue aprobada reglamentariamente.

#### **Letra b).**

Intercala una letra a bis), nueva, al artículo 33.

En la Comisión se consultó por qué la característica de prestadores institucionales se aplica para el sector público y en el sector privado de las Isapres se habla de prestadores preferenciales.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) respondió que la norma contenida en la letra a bis) es complementaria de las normas a que se hizo alusión, ya que aquí se establece que, cuando exista un contrato en el cual se haga referencia a una institución, este hecho quede claramente señalado en el contrato. Es una de las normas que persigue, precisamente, la transparencia de los contratos, por lo que, cuando exista un prestador institucional, clínica o centro médico, se debe individualizar al prestador.

Además, esta norma es concordante con la definición de prestador contenida en el proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud.

Sometida a votación, la letra b) **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Letra c.**

Introduce las siguientes modificaciones en la letra d)

1. Sustituye el primer párrafo de esta letra, y
2. Suprime su párrafo segundo.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) expresó que la indicación establece que los precios variarán en la medida en que exista una adecuación de los contratos. Recordó, además, que los precios de los planes de salud se modificarán en la medida en que se apruebe por decreto supremo el Régimen de Garantías en Salud, por lo que los contratos se modificarán cada vez que ello ocurra.

Puesto en votación el número 1, **fue aprobado por unanimidad.**

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) indicó que la supresión del párrafo segundo de la letra d) del artículo 33 vigente es concordante con la eliminación del mismo que fue aprobada por las Comisiones Unidas en el proyecto de ley de Isapres. Esta indicación tiene el mismo objetivo.

Sometido a votación el número 2, **fue aprobado por mayoría de votos.**

#### **Letra e).**

Efectúa una corrección de concordancia en las letra e) f) y g) del artículo 33.

Sin debate, puesta en votación la letra e), **fue aprobada por unanimidad.**

#### **Letra f).**

Modifica el inciso tercero del artículo 33.

En la Comisión se hizo mención especial de la crítica que se formula a las Isapres porque fijan los precios de los planes en unidades de fomento y no en pesos. Si se establece que los contratos tendrán una duración de tres años, esta norma debería ir complementada con otra destinada a disponer que su precio sea fijado en pesos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que gran parte de los contratos se pactan en unidades de fomento, igual que los topes de las cotizaciones y los reembolsos. Cree que las modificaciones ya aprobadas implican un gran avance en materia de contratos del sistema privado de salud.

Los Diputados Girardi, Letelier, don Felipe, Palma y Robles formularon indicación a la letra f) para suprimir la expresión “en unidades de fomento o”.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sin debate, sometida a votación la letra e), **fue aprobada por mayoría de votos.**

**N° 5, nuevo.**

“5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

“Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente.”

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

**N° 6, nuevo.**

“6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

“Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”

Sin debate, puesta en votación la indicación **fue aprobada por unanimidad.**

**N° 7, nuevo.**

“Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:

“Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud.”

En la Comisión se consultó si la persona que no está obligada a cotizar para salud tiene posibilidad de imponer en el Fondo Nacional de Salud.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) aclaró que todos los trabajadores dependientes y los independientes están obligados a cotizar para salud y que esta norma constituye una excepción que se aplica a un grupo muy reducido de personas, como, por ejemplo, al dueño de una microempresa, al que se le está dando la posibilidad de suscribir un contrato de salud voluntario. Además, hizo presente que los independientes cotizan sobre la base de la renta proveniente del trabajo, por lo que, si un microempresario no se fija una renta, en ese caso estaría en dicha situación.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

#### **N° 8, nuevo.**

“Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) Modifícase el inciso segundo del siguiente modo:

i) Reemplázase la oración que dice “El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato”, por la siguiente: “Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo”.

ii) Elimínase la frase que señala: “dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,”.

iii) Elimínase la oración que dispone: “Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo.”

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la frase que dice “Anualmente, en el mes de suscripción del contrato,” por la siguiente: “Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,”.

ii) Agrégase, a continuación de la frase “excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución”, la siguiente: “y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis”.

iii) Sustitúyense las palabras “revisar” y “adecuar” por “adecuar” y “modificar”, respectivamente.

iv) Intercálase, entre las palabras “carta certificada” y “con”, la palabra “expedida”.

En relación con las indicaciones contenidas en la letra a), se expresó desacuerdo en la Comisión, por cuanto modifican una disposición que facultaba a los cotizantes para desahuciar su contrato en forma anual. La enmienda propone que ello sea al mes siguiente a la fecha en que se comunique la adecuación de su contrato. Como ella se hará cada tres años, sólo podrá ejercer esa facultad en ese período.

Se argumentó que la razón que se da respecto de la equiparidad de facultades en este caso no es válida por cuanto existe un desequilibrio evidente entre la Institución de Salud Previsional y el usuario.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) precisó que esta norma es concordante con la modificación realizada en el artículo 40, en la cual se establece que el usuario de la Isapre, en caso de incumplimiento grave, tiene el derecho a desahuciar unilateralmente el contrato. Destacó que, si se desea que el sistema de Isapres efectúe prevención, se debe buscar que existan carteras estables en el tiempo. Lo ideal sería que existieran contratos de salud indefinidos y que hubiera una relación duradera entre el usuario y su Isapre, ya que ello permitiría que se desarrollaran todos los incentivos de manejo integral de salud que también se desean para el sector público.

En el debate se destacó que el primer efecto que tendrá la modificación que permite la adecuación de los contratos cada tres años será que las Isapres subirán el costo de los precios, ya que deberán asumir el riesgo de ese lapso y lo traspasarán a los usuarios.

Por otra parte, se agregó que debe tenerse presente la norma de la letra g) del artículo 33 bis, en la que se aprobó una modificación de esa letra, que se refiere a la estipulación precisa de las exclusiones y dispone que no podrán excluirse las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria. Además, se establece claramente que las Isapres deben brindar cobertura siempre a esas acciones en la forma en que lo establezca el contrato y que no puede excluirse la cobertura de las prestaciones y beneficios respecto de problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo y salud mental.

Todas estas obligaciones están establecidas para las Instituciones de Salud Previsional y no para el sistema público, lo cual podría implicar que la prevención para el sector público no tiene la importancia que el Ministerio de Salud le está dando al sistema privado. Estima que existe una contradicción entre estas normas aplicables al sector privado y las que rigen al sector público ya que se obliga a las Isapres a realizar prevención. Para ello, se requieren carteras estables. Sin embargo, los 10 millones de usuarios del sistema público, tal como se está legislando, son discriminados, porque no se lo obliga a hacer prevención.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señala que lo que se está haciendo en este proyecto y en el que modifica la ley de Isapres es transformar la lógica de los seguros individuales de corto plazo en seguros colectivos de más largo plazo.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación i), **fue rechazada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación ii), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación iii), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Las indicaciones signadas con la letra b) se debatieron y votaron en forma separada

Sobre las indicaciones antes señaladas, el señor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que estas modificaciones se refieren a la readecuación de los planes una vez que el Régimen de Garantías en Salud entre en vigencia.

En la Comisión se consultó si el rechazo de la indicación que modificaba el plazo de vigencia de los contratos influye en la modificación propuesta para el inciso tercero.

En la discusión se consideró que se está frente a dos temas distintos, por cuanto el inciso tercero y la indicación se refieren a la adecuación de los precios después de seis meses de vigencia del Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones.

Por otra parte, se recalcó que la Corporación de Usuarios de las Isapres señaló que existen múltiples problemas respecto de las notificaciones que hacen las Isapres a sus usuarios por carta certificada y que el Ejecutivo propone agregar que el plazo se contará desde que ella sea expedida.

El señor **Gómez** (Superintendente de Isapres) hizo presente que el Ejecutivo recogió la inquietud de la Corporación de Usuarios de Isapres y, respecto del punto solicitó que los cambios de planes y de precios, especialmente, debían regir desde que la Isapre remitiera una carta certificada enviada con la suficiente antelación al vencimiento del contrato. En este sentido, lo que se está haciendo es decir que la carta certificada debe ser “expedida” en lugar de “enviada”, ya que el primer concepto responde a una terminología legal comúnmente usada.

En otro orden de materias, expresó que independientemente de la posibilidad del afiliado de revisar su contrato anualmente ello, está regulado en otro inciso. En el inciso tercero se establece la adecuación del contrato en relación con las modificaciones que sufra el Régimen de Garantías en Salud.

Se hace presente que las indicaciones signadas con la letra b) se votaron en forma separada.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación i), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación ii), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación iii), **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación iv), **fue rechazada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 20, nuevo.**

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar, a continuación del artículo 15 actual, que pasó a ser artículo 19, el siguiente artículo 20, nuevo, modificándose correlativamente la numeración de los siguientes artículos:

“Artículo 20.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras “por petición expresa del Ministro de Salud” y termina con las palabras “si las circunstancias así lo ameritan” y la coma (,) que la antecede.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que esta norma flexibiliza el sistema, al suprimir la obligación de que se actúe por petición del Ministro de Salud cuando se trate de prestaciones que el servicio público no pueda otorgar. Asimismo, esta norma concuerda con la petición de agilización del cumplimiento de las garantías. Además, recordó que existe una limitación de recursos, que corresponde al 10 por ciento del presupuesto que puede ser destinado al cumplimiento de las garantías cuando el sistema público no pueda hacerlo.

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 17, que pasa a ser 22.**

*“Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, el que será supervisado y administrado por el Ministerio de Salud.”*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 17.- Créase el Fondo de Compensación Solidario, el que se será administrado por el Ministerio de Salud.”

b) Del Ejecutivo, para sustituir la frase que sigue a la palabra “Previsional” y la coma (,) que le antecede, por la siguiente: “y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo comprende la de los parlamentarios. Además, puso énfasis en que es clave para el éxito de la Reforma que exista un Fondo de Compensación que ajuste el riesgo entre toda la población, de manera tal que efectivamente las personas de menor edad puedan apoyar a los adultos mayores así como los de menor riesgo sanitario puedan apoyar a las de mayor riesgo.

En la Comisión se hizo presente que, efectivamente, las indicaciones del Ejecutivo a este Título reponen el Fondo de Compensación para las Isapres y para el Fondo Nacional de Salud, con lo cual se está tratando de resolver en el sector público un problema del sector privado. En efecto, el primero adolece de largas listas de espera, que constituyen el motivo central de reclamo e los usuarios, y el problema no reside en la falta de cobertura financiera.

Por el contrario, la mayor cantidad de reclamos en el sector privado son la cobertura financiera, y el “*descreme*” de los afiliados en las Instituciones de Salud Previsional y la discriminación de que son objeto las mujeres y los adultos mayores, en razón de su riesgo.

Estos problemas intentan ser solucionados con un sistema obvio, que naturalmente se debiera realizar en las Isapres con la existencia de un Fondo Compensatorio que cubriera estos dos riesgos -el sexo y la edad- de manera tal de uniformar los planes en forma horizontal y socializar los riesgos, de suerte que el plan de salud de los hombres sea un poco más oneroso, igual que el de los jóvenes, para que al final se cumpla con el objetivo de no tener planes discriminatorios y más caros para las mujeres y los adultos mayores.

Después de haber concordado con esa premisa, se cambia la idea básica incorporando a este Fondo al Fonasa y a las Isapres, que son precisamente las que tienen el problema. Se fundamenta el cambio en que este Fondo permitirá traer recursos desde las Instituciones de Salud Previsional al Fondo Nacional de Salud, cuando lo único que se está haciendo es resolver el problema de las entidades del sector privado, ya que éste no existe en el sistema público.

Por otra parte, se dejó constancia en acta de que en el diario El Mercurio del día 16 de diciembre pasado se da cuenta del informe técnico de las Isapres en relación con la votación del primer informe de este proyecto. Sobre este tema, se señala de manera tajante que esto inviabiliza a las Isapres, lo cual resulta del todo contradictorio con los fundamentos del Ministerio respecto de que el Fondo de Compensación allegaría recursos desde las Isapres al Fonasa.

La reacción de la Asociación de Isapres sobre la aprobación de este Título en el primer trámite, en palabras del señor Andrés Tagle, fue objetarlo absolutamente. Por ello, existe el convencimiento de que los reclamos no residen en el hecho de que las Instituciones no podrán realizar aportes al Fondo de Compensación, sino que dejarán de percibir los recursos del sector público.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que los fundamentos de la indicación del Ejecutivo que repone la proposición original son meramente técnicas. Acota que en Chile, por mandato constitucional, existe libertad de elección del sistema de salud. No se puede hacer una separación entre los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y los usuarios del Fondo Nacional de Salud. Por ello, no se puede hacer compensación de riesgo sólo en el sector privado, cuando existe la posibilidad de que la persona se cambie de sistema.

Agregó que, si no se cambia la norma constitucional, lo que se podría hacer es crear el Régimen de Garantías sólo para los usuarios del sistema público de salud, de modo que otra vez haya sistemas distintos. El Ejecutivo ha requerido avanzar hacia un sistema sanitario con visiones comunes que resuelvan los problemas de salud de manera similar y otorgar soluciones técnicas factibles y viables a los problemas de que adolecen tanto el sistema público como el privado. Para ello, se requiere solidarizar los riesgos.

En el debate, se hizo presente que es necesario dejar establecida una opinión política en razón de los dichos de esta discusión, por cuanto de ellos pareciera darse a entender que los parlamentarios que han presentado la indicación para sustituir este artículo y el Gobierno estuvieran equivocados. Se insistió en que para la Oposición resulta paradójico e incomprensible el nivel de desconfianza hacia un Gobierno del cual se es parte ya la insistencia en el supuesto de que se desea perjudicar a la clase más desposeída, de que no se quiere ser solidario o de que se erige en defensor del sistema de las Isapres.

Por otra parte, cuando se hace mención de los artículos del diario El Mercurio, se omite que es también la opinión, de la red del Centro de Estudios en Salud, CESAL, que integran personeros altamente calificados de Gobierno y de Oposición.

Respecto de la creación del Fondo de Compensación Solidario propiamente tal, con participación del Fondo Nacional de Salud y de las Isapres, se señaló que puede ocurrir que la población beneficiaria de las Isapres vaya envejeciendo, provocándose el efecto contrario, con lo que podría ocurrir que el Fonasa termine subsidiando al sistema de Isapres.

No entiende la oposición cerrada a esta iniciativa sobre todo si tiene presente que este Fondo estará bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

En otra intervención se expresó que se puede establecer un Fondo de Compensación Global pero con condiciones, y la condición planteada desde el inicio ha sido que no existan traspasos de recursos fiscales para compensar eventuales riesgos.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reiteró que, si no existe un cambio de la norma constitucional, que consagra la libertad de elegir el sistema de salud, la única manera de evitar el *descrime*, que siempre será en perjuicio del Fonasa, es a través de la existencia de este Fondo de Compensación. Asimismo, expresó que el Ejecutivo no es partidario de establecer un subsidio al portador, sino que sólo pretende un sistema estable y que exista un sistema de acceso universal e integral. Lo técnicamente más correcto es crear el Fondo de Compensación, en que se estén las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud. Se mantendrá esta posición durante toda la tramitación de este proyecto.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación número 2, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 18, que pasa a ser 23.**

*“El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional, por concepto de ajuste de riesgos, por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.”*

El Ejecutivo formuló indicación para agregar la expresión “y al Fondo Nacional de Salud”, después de la palabra “Previsional”.

Sin debate, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 19, que pasa a ser 24.**

*“El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.*

*Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los trasposos que correspondan a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.”*

El Ejecutivo formuló las siguientes indicaciones.

a) Para agregar, en el inciso primero, la expresión “y del Fondo Nacional de Salud”, después de la palabra “Previsional”.

b) Para sustituir, en el inciso segundo, la expresión “el Ministerio de Salud” por “la Superintendencia de Salud”.

Sin debate, sometida a votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 20, que pasa a ser 25.**

*“Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 30, el Ministerio de Salud determinará el o los montos sobre la base de una tabla de ajuste de riesgos que considerará, al menos, las variables de sexo, edad, situación socioeconómica, condiciones geográficas y medioambientales. Estos factores de ajuste de riesgo serán determinados mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.*

*Con todo, las Instituciones de Salud Previsional podrán solicitar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional utilizar mecanismos complementarios de compensación de riesgo, sobre la base de la siniestralidad efectiva de su cartera de beneficiarios.”*

El Ejecutivo formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 25.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo podrá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por “período de predicción” el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.”

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Los Diputados señores Accorsi, Palma y Robles formularon indicación para reemplazar la palabra “podrá” por “deberá” que se encuentra a continuación de la expresión “Dicho modelo”.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que la obligación será posible de cumplir en la medida en que exista la información.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

#### **Artículo 20 bis nuevo, que pasa a ser 26.**

La Diputada Mella y los Diputados Aguiló, Cornejo, Girardi; Letelier, don Felipe; Ojeda y Robles formularon indicación para agregar el siguiente artículo 20 bis, nuevo:

“Artículo 20 bis.- Sin embargo, el Fondo de Compensación Solidario no podrá recibir, a ningún título, recursos financieros o subsidios de origen fiscal.

Del mismo modo, ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o hacia sus afiliados.”

Se hizo presente que la indicación tiene por objeto establecer que no existan traspasos de fondos públicos al sistema privado de salud.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) estima que la norma es inadmisibile, por cuanto incide en la administración financiera del Estado.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) manifestó que le asistían dudas sobre la inadmisibilidad de la indicación, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

En la Comisión se hizo presente que el inciso primero de la indicación merece reparos y que se presta a confusión. En todo caso, se estimó que, de no aprobarse el inciso segundo, se estaría esableciendo la portabilidad del aporte y, obviamente, se estarían traspasando recursos fiscales a las Instituciones de Salud Previsional, lo cual implicaría desvirtuar el sentido de la Reforma.

El Diputado señor **Aguiló**, a nombre de sus autores, retira la indicación y presenta una nueva indicación, cuyo texto es del siguiente tenor:

“Artículo 20 bis.- Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.”

En la sala se insistió en que de igual manera se mantiene el problema de la admisibilidad, por cuanto la indicación incide en la administración financiera del Estado, materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, ya que coarta la posibilidad de que se traspasen recursos.

El Diputado señor **Cornejo** (Presidente) señaló que le asistían dudas, por lo que solicitó el pronunciamiento de la Comisión.

Puesta en votación la admisibilidad de la indicación, fue **aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

**Artículo 21, que pasa a ser 27.**

*“Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres, la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que dicho Ministerio imparta.*

*Asimismo, la Superintendencia indicada en el inciso precedente fiscalizará el cumplimiento de lo dispuesto en este Título.”*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 21.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.”

d) Del Ejecutivo, para introducir la siguientes modificaciones:

a) Agregar la expresión “y el Fondo Nacional de Salud” después de la palabra “Previsional”.

b) Reemplazar la expresión “al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres,” por “a la Superintendencia de Salud”.

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Consecuentemente, **por la misma votación, fue rechazada** la indicación signada con la letra b).

-----

El Ejecutivo formuló indicación para incorporar el siguiente Título VI, nuevo:

“TÍTULO VI  
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Párrafo 1°  
Normas Generales

Artículo 37.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante “la Superintendencia”, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.

Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante “la Intendencia de Isapres”.

Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá establecer los niveles jerárquicos de Departamentos, Subdepartamentos, Secciones u Oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.

Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

#### Párrafo 2º

De la Fiscalización de las Garantías en Salud.

Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;

6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;

8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;

9.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas;

10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos, y

11.- Las demás que señale la ley.

Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5º del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.

Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando

como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

#### Párrafo 3º

De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:

- 1.- Las contenidas en el artículo 3º de la ley N° 18.933;
- 2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;

- 3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;
- 4.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud;
- 5.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;
- 6.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley;
- 7.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, y
- 8.- Las demás que contemplen las leyes.

#### Párrafo 4º

De las Funciones Comunes.

Artículo 46.- En general, corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones:

- 1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;
- 2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;
- 3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los

beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

Artículo 47.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

#### Párrafo 5º De los Recursos.

Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Artículo 49.- En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias

mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Isapre u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

#### Párrafo 6º Disposiciones Finales.

Artículo 50.- El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.

Artículo 51.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley Nº 3.551 de 1981.

Artículo 52.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley Nº 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 53.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.

Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.

El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.

Artículo 54.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley Nº 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.”

- Se hace presente que el Diputado señor Bayo formuló indicación para agregar un Título VI, nuevo, de la Fiscalización del Sistema de Salud, la que fue declarada inadmisibles.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) destacó que el fundamento de la indicación reside en que, a igualdad de derechos que se desea consagrar en el sistema de salud, tanto público como privado, debe existir no sólo igualdad de normas sino que también de fiscalización, ya que, si existen entidades distintas, aun cuando existan las mismas normas, en la práctica se pueden producir diferencias en la fiscalización en cuanto a la interpretación de las mismas, con lo cual en el cumplimiento de los derechos podrían presentarse diferencias.

Por otra parte, se pretende que, al existir igualdad de derechos, de normas y de fiscalización, se respete la idiosincrasia tanto del sistema de Isapres como del Fonasa, reconociendo que son entidades distintas, con sus propias particularidades. Por ello, la indicación crea una sola entidad, para evitar la duplicidad de funciones, la burocracia y distintas interpretaciones de las normas de fiscalización.

Dentro de esta única entidad, existirá una Intendencia exclusiva para la fiscalización de las Isapres y otra que velará por los derechos de las personas en cuanto a las garantías de salud.

Además, este organismo deberá colaborar con el Ministerio de Salud en el cumplimiento de las normas e instrucciones impartidas respecto del acceso, calidad y oportunidad de todas las prestaciones de la ley N° 18.469.

En la discusión se expresó que se propone crear una estructura que duplica funciones. Se estima que la Superintendencia de Isapres, con las atribuciones que se le otorgan puede tener los mecanismos para regular el sistema de seguros privados de salud. En lo que respecta al sistema público, no se tiene por qué crear una nueva entidad, porque éste no tiene nada que ver con seguros.

Se manifestó desacuerdo con la creación de este organismo, por cuanto está claro que no aporta a la fiscalización de las normas del Régimen de Garantías y sólo duplica funciones y crea más burocracia.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reiteró que la indicación precisamente respeta las lógicas de cada sistema de salud. Ante una misma normativa e iguales derechos y la necesidad de que no existan diferencias de interpretación de las normas, se crea una entidad única para su fiscalización.

Por otra parte, en el debate se destacó que la indicación del Ejecutivo responde al rechazo, en el primer trámite, de la creación de la Superintendencia de Garantías en Salud sólo para el sector público, ante lo cual se propone esta nueva entidad. En esta materia no se puede mezclar el concepto de seguros, ya que la creación de la Superintendencia de Salud está relacionada con el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud y no con el concepto de seguros.

Se manifestó concordar en general con la indicación del Ejecutivo, no obstante discreparse de alguna de sus normas en particular; pero ante

la necesidad de contar con una instancia única de fiscalización, se estimó que se debía votar a favor de la indicación.

Después de intercambiar opiniones sobre el procedimiento de votación, **se acordó proceder a votar todo el Título en una sola votación.**

Puesto en votación el Título VI, nuevo, se contabilizaron tres votos a favor, cuatro en contra y cuatro abstenciones. Repetida la votación, **fue aprobado por ocho votos a favor y cuatro en contra.**

#### **Disposiciones transitorias.**

El Ejecutivo formuló indicación para agregar los siguientes artículos transitorios cuarto, quinto y sexto, nuevos:

“Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y al logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado

sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.”

“Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma impositibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) expresó que esta disposición está directamente relacionada con la creación de la Superintendencia de Salud, ya que se otorgan las facultades necesarias para poner en funcionamiento un organismo público.

Dando respuesta a una consulta, expresó que, efectivamente el plazo se cuenta desde la publicación de la ley. Aun cuando el Régimen se aprueba por decreto, el plazo de vigencia del mismo es anterior al vencimiento del plazo que se otorga para la puesta en funcionamiento de la Superintendencia.

Puestos en votación los artículos cuarto y quinto transitorios,  **fueron aprobados por unanimidad.**

“Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3º, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley.”

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) señaló que esta disposición es consecuencia de las modificaciones que se hicieron al artículo 3º y dice relación con las normas que debe elaborar el Ministerio respecto de la calidad y oportunidad.

Puesta en votación la indicación,  **fue aprobada por unanimidad.**

## **6. Artículos nuevos.**

Se encuentran en esta situación los artículos 14, 16, 17, 20, 26, 27, 34 a 54, inclusive, y los artículos cuarto, quinto y sexto transitorios.

## 7. Indicaciones rechazadas e inadmisibles.

### a) Indicaciones rechazadas.

#### Al artículo 6°.

- De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, al inciso cuarto, para eliminar la frase "considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad".

#### Al artículo 12.

- De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud será revisado cada tres años, contados, la primera vez, desde la publicación del decreto que lo establezca y, en lo sucesivo, de la del que apruebe sus modificaciones.

El Régimen o sus modificaciones entrarán en vigencia no antes de sesenta días contados de la publicación señalada en el inciso precedente.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero no existiere una modificación del Régimen aprobada por decreto, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Sin perjuicio de lo señalado en los incisos precedentes, en circunstancias graves y calificadas, el Presidente de la República podrá ordenar, mediante decreto supremo fundado, la revisión del Régimen antes del cumplimiento del plazo indicado en el inciso primero."

#### Al artículo 13.

5. Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase que comienza con la expresión "que, conforme a la ley," y termina con las palabras "Garantías en Salud" por la siguiente: "que hayan suscrito convenios con el Servicio de Salud respectivo o con el Fondo Nacional de Salud para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, conforme a lo dispuesto en el decreto ley N° 2.763, de 1979."

#### Al artículo 15, que pasa a ser 19.

##### N° 8, nuevo.

1. Del Ejecutivo, para modificar el inciso segundo del artículo 38 de la ley N° 18.933:

a) Para reemplazar la oración que dice "El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato", por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, el cotizante, dentro del mes siguiente a la fecha en que se le comunique la adecuación de su contrato, podrá desahuciarlo".

b) Para eliminar la frase que señala: "dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación,".

2. Del Ejecutivo, al inciso tercero, para intercalar, entre las palabras "carta certificada" y "con", la palabra "expedida".

#### Al artículo 21, que pasa a ser 27.

- Del Ejecutivo, para introducir la siguientes modificaciones:

a) Agregar la expresión "y el Fondo Nacional de Salud" después de la palabra "Previsional".

b) Reemplazar la expresión "al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Isapres," por "a la Superintendencia de Salud".

**b) Indicaciones inadmisibles.**

**Al artículo 3°.**

1. De los Diputados Accorsi y Robles, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional y las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.”

2. De los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“El Régimen deberá incluir la cobertura de las acciones de prevención de salud, tales como las vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria, y la de las prestaciones y beneficios respecto de los problemas graves de salud pública, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental.”

**Al artículo 4°.**

- De los Diputados Accorsi y Robles para reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469, N° 18.933 y N° 19.465, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.”

**Al artículo 13.**

1. De los Diputados Accorsi y Cornejo, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 13.- El Sistema de Acceso Universal y el Régimen de Garantías Explícitas señaladas en el artículo 1°, deberán ser financiados obligatoriamente a los beneficiarios de la ley N°18.469 y a los de las Instituciones de Salud Previsional.

Los beneficiarios indicados en el párrafo anterior podrán elegir libremente a su médico tratante y al establecimiento donde recibirán las atenciones de salud, tanto para el Sistema de Acceso Universal como para el Régimen de Garantías Explícitas.

Los médicos, debidamente acreditados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, deberán suscribir un contrato que establecerá las normas técnicas, los estándares de calidad, los procedimientos y aranceles definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. El reglamento precisará lo establecido en los párrafos anteriores."

2. De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, al inciso primero, para sustituir la frase “deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías” por la siguiente “estarán obligados al financiamiento de las acciones”.

3. De los Diputados Accorsi, Cornejo, Palma y Robles, para incorporar el siguiente inciso tercero, nuevo:

“En el caso de las especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, los prestadores individuales que no dispongan de reconocimiento otorgado por alguna universidad reconocida por el Estado, un organismo autónomo de alta calificación científica o por el reconocimiento de un Servicio de Salud por más de cinco años de ejercicio efectivo de la especialidad, deberán acreditarse ante la autoridad sanitaria, la que certificará a través de una comisión especial que estará conformada por representantes de sociedades científicas, facultades de medicina, colegio profesional y cuyo funcionamiento será regulado por el reglamento correspondiente.”

**Al artículo 15, nuevo.**

1. De los Diputados Aguiló, Cornejo, Forni, Masferrer y Melero, para incorporar el siguiente artículo 15, nuevo:

“Artículo 15.- Cada vez que un beneficiario del Fondo Nacional de Salud requiera una prestación que forme parte del Régimen recibirá un documento emitido por aquél en que constará la prestación solicitada, el monto del copago que corresponda hacer al beneficiario y el plazo dentro del cual aquélla le deberá ser otorgada en la Red Nacional del Sistema Público conforme a lo establecido en el Régimen.

Del otorgamiento efectivo de la prestación se dejará constancia en el documento señalado en el inciso anterior, con expresa indicación del día, hora y establecimiento en que se otorgó. De igual manera y con las mismas indicaciones, se deberá dejar constancia de la solicitud formulada por el beneficiario para recibir la prestación y del hecho de que ella haya sido denegada por el establecimiento, con expreso señalamiento de la razón de la negativa.

En caso de que el plazo indicado en el inciso primero expire sin que la respectiva prestación haya sido otorgada, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N°18.469, y requerirla.

Para acceder a la prestación conforme a lo señalado en el inciso anterior, el beneficiario entregará al profesional o establecimiento de salud el documento recibido del Fondo, en el que deberá constar la negativa del otorgamiento, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo, y sólo realizará el copago que corresponda conforme a lo indicado en el documento recibido del Fondo.

Si el copago que deba realizar el beneficiario, de acuerdo con lo indicado en el inciso precedente, fuese inferior al que correspondería hacer conforme al convenio celebrado entre el profesional o establecimiento de salud respectivo y el Fondo Nacional de Salud, la diferencia será de cargo de éste, y deberá ser enterada al profesional o establecimiento de salud ante la sola presentación del documento, el que tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de título ejecutivo en contra del Fondo Nacional de Salud.”

2. De la Diputada Cristi y de los Diputados Forni, Masferrer y Melero, para agregar al artículo 15, nuevo, el siguiente inciso, final:

“En caso de que no se cumpla con el otorgamiento de la prestación dentro del plazo señalado en el reglamento, no obstante haber sido solicitada por el beneficiario, éste podrá concurrir a cualquier profesional o establecimiento de salud que tenga convenio con el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la ley N° 18.469, y requerirla.”

**Artículo 14, que pasa a ser 18.**

**Nº 9.**

- De los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Palma y Robles, para agregar, en el inciso primero del artículo 28, a continuación del punto seguido (.), la siguiente oración "Con todo, los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que se atiendan en modalidad institucional, en el caso de hospitalización, estarán exentos de realizar copagos."

Del Diputado señor Bayo, para agregar el siguiente Título VI, nuevo:

**"TITULO VI  
DE LA FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD**

Artículo 31.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley Nº 18.933, en el cumplimiento del acceso universal con garantías explícitas a la salud y la ley de derechos y deberes de las personas en salud. Todo esto, bajo el marco de los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y recursos de que disponga el país.

Artículo 32.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Artículo 33.- Serán funciones específicas de la Superintendencia, entre otras:

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señalen las leyes correspondientes.

2.- Interpretar administrativamente, en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las leyes y de aquellas que emanen de los contratos de salud.

4.- Velar por que las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud para que publiquen en los medios, con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

6.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la

libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

7.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

8.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, y de sus contratos con los afiliados.

Artículo 34.- Toda persona beneficiaria de las leyes N°18.469 y N°18.933 podrá recurrir ante la Superintendencia frente a cualquier acto u omisión ilegal o arbitrario por parte de Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional que, a su juicio, le provoque privación, perturbación o amenaza de los derechos consagrados en las leyes pertinentes. El Superintendente actuará como árbitro sin ulterior recurso, sin perjuicio de que los beneficiarios puedan optar por recurrir a la Justicia Ordinaria.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respeten la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento; la confidencialidad o reserva de todo lo escuchado o visto en el proceso, y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo presentado, deberá citar al afectado a un representante del Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

De todo lo obrado en la audiencia se levantará acta, la que, luego de ser leída por los asistentes, será firmada por ellos y por el Superintendente. En caso de existir acuerdo sobre todos o algunos de los puntos sometidos a la decisión del Superintendente, el acta consignará las especificaciones del arreglo, teniendo ésta el carácter de sentencia definitiva respecto del acuerdo.

Artículo 35.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional, o de terceros, y requerir de ellos o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, sea del Fondo Nacional de Salud o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 36.- La Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud o al Director correspondiente de Instituciones de Salud Previsional, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos,

las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales, podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor".

Artículo 37.- En lo referente a las sanciones establecidas en la ley, aquellas que contengan la obligación de devolver sumas de dinero, así como las sanciones de pago de multa, constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes, o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 38.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga el recurso.

Artículo 39.- Resuelto por la Superintendencia el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la notificación de la medida, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, u ordenen la devolución de sumas dinero, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación a efectuar consignaciones judiciales."

## 8. Disposiciones legales que el proyecto modifica o deroga.

Se encuentran en esta situación los artículos 5°, 8°, 11, 13, 18, 19, 25 y 28 de la ley N° 18.469; los artículos 2°, 3°, 33, 33 bis, 34 y 38 de la ley N° 18.933, y el artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

-----

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

### PROYECTO DE LEY

#### TÍTULO I DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

##### Párrafo 1° Disposiciones Generales

**Artículo 1°.-** Esta ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

**Artículo 2°.-** El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

**Artículo 3°.-** El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

***El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, a fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece la ley N° 18.469. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presentes, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.***

**Artículo 4°.-** El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

**Artículo 5°.-** Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

#### **Párrafo 2°**

#### **De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 6°.-** El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; **un índice de siniestralidad; un modelo** de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y edad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y **un modelo** de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

**Artículo 7°.-** El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

### **Párrafo 3°**

#### **Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 8°.-** Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión del Régimen.

**Artículo 9°.-** El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.
2. Dos **decanos** de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado **o sus representantes**.
3. Dos **decanos** de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado **o sus representantes**.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

**Artículo 10.-** El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los proporcionados.

**Artículo 11.-** Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento por seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesario para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; dar cuenta pública de sus sesiones; criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

**Párrafo 4°**  
**De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 12.-** El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años, contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones del Régimen incorporarán, progresivamente y en forma incremental, los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

**Párrafo 5°**  
**De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 13.-** El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

***La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.***

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red

Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

**Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.**

**En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.**

**El reglamento a que se refiere el inciso tercero del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.**

**Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.**

**Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, deberán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contraderivación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.**

**Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del**

**otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.**

**Asimismo, dicho reglamento deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.**

#### **Párrafo 6°**

**Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.**

**Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.**

**Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.**

**Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.**

**Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.**

## **TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS**

**Artículo 18.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

**1.-** Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;"

**2.-** Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

“Artículo 7° bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto.”

**3.-** En el artículo 8°:

a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión "; y".

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

**4.-** En el artículo 11:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."

b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

**5.-** Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la expresión: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

**6.-** Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones."

8.- En el artículo 25:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

9.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

**Artículo 19.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por un punto y coma (;).

**c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:**

**"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."**

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece esta ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del numeral 13), el siguiente numerando 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) del artículo 33 la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos."

**3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión “anuales”.**

**4.- En el artículo 33:**

a) Reemplázase la letra a) por la siguiente:

**“a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario deberá comprender, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección.”**

b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

**“a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Isapre hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.**

**Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores.”**

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

**“c) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.”**

**d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:**

**1.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:**

**“d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38.”**

**2.- Suprímese el segundo párrafo.**

**e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g), la expresión “artículo 33 bis” por “artículo 33 ter”, todas las veces que allí aparece.**

**f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: “El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.”**

**5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:**

**“Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las**

**Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.**

**Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Isapres al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.**

**Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.**

**El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.**

**Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.**

**Con todo, la Isapre no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente.”**

**6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:**

**“Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.”**

**7.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:**

**“Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud.”**

**8.- Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:**

**a) En el inciso segundo, elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."**

**b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:**

**i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".**

**ii) Agrégase, a continuación de la frase "excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución", la siguiente: "y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis".**

*iii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.*

**Artículo 20.-** *Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras "por petición expresa del Ministro de Salud" y termina con las palabras "si las circunstancias así lo ameritan" y la coma (,) que la antecede."*

**Artículo 21.-** Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

### **TÍTULO III DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO**

**Artículo 22.-** *Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.*

**Artículo 23.-** *El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.*

**Artículo 24.-** *El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.*

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine **la Superintendencia de Salud**, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

**Artículo 25.-** *Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.*

*Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de*

**Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por “período de predicción” el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.**

**Artículo 26.-** Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

**Artículo 27.-** Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

**Artículo 28.-** Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

#### **TÍTULO IV DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

**Artículo 29.-** Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

**Artículo 30.-** El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

- a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;
- b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y
- c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI.

**Artículo 31.-** La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará, a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI, los que, en el caso de las Isapres deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

**Artículo 32.-** Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

**Artículo 33.-** El reglamento a que se refiere este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda y el Ministro del Trabajo y Previsión Social.

**Artículo 34.-** El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministerio de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquel en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI y las normas de operación correspondientes.

## **TÍTULO V DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO**

**Artículo 35.-** Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imponibles.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos de este artículo, se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

**Artículo 36.-** El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

## **TÍTULO VI DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

### **Párrafo 1° Normas Generales**

**Artículo 37.-** Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta

*ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.*

*Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.*

*Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.*

*Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante "la Intendencia de Isapres".*

*Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaria General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá establecer los niveles jerárquicos de Departamentos, Subdepartamentos, Secciones u Oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.*

*Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.*

*Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.*

#### **Párrafo 2°**

#### **De la Fiscalización de las Garantías en Salud**

*Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:*

*1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;*

*2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;*

*3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;*

*4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se*

*suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;*

*5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;*

*6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;*

*7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;*

*8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;*

*9.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas;*

*10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos, y*

*11.- Las demás que señale la ley.*

*Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.*

*Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.*

*Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.*

*Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.*

**Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.**

**Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.**

**El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.**

**Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento por seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.**

#### **Párrafo 3°**

**De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.**

**Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:**

- 1.- Las contenidas en el artículo 3° de la ley N° 18.933;**
- 2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.**

**La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;**

- 3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;**

- 4.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud;**

- 5.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a**

que se refiere el artículo 44 ter de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;

6.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley;

7.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, y

8.- Las demás que contemplen las leyes.

#### **Párrafo 4°**

#### **De las Funciones Comunes.**

**Artículo 46.-** En general, corresponderán a la Superintendencia, las siguientes funciones y atribuciones:

1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;

3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

**Artículo 47.-** Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

*Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.*

**Párrafo 5°  
De los Recursos.**

*Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.*

*La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.*

*Artículo 49.- En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.*

*Para reclamar contra resoluciones que impongan multas u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.*

*La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".*

*La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Isapre u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.*

*El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas en quienes haya recaído tal delegación prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.*

*La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.*

**Párrafo 6°**  
**Disposiciones Finales.**

**Artículo 50.-** *El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.*

**Artículo 51.-** *La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.*

**Artículo 52.-** *El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18,834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.*

**Artículo 53.-** *Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.*

*Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.*

*Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.*

*El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.*

**Artículo 54.-** *La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.*

*Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.*

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**Artículo primero.-** El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

**Artículo segundo.-** El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

**Artículo tercero.-** El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley 18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

**Artículo cuarto.-** *Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.*

*El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:*

**1.-** *Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.*

**2.-** *Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.*

*Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.*

**3.-** *Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.*

**4.-** *Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.*

**5.-** *Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.*

**6.-** *Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.*

**7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.**

**8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.**

**9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.**

**10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.**

**El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.**

**Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.**

**La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.**

**Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma impositibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.**

**Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3°, de esta ley, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley.**

-----

Se designó **DIPUTADO INFORMANTE** al señor **CORNEJO** don Patricio.

SALA DE LA COMISIÓN, a 8 de enero de 2003.

Acordado en sesiones de fecha 17 de diciembre de 2002 y 7 y 8 de enero de 2003, con asistencia del Diputado señor Cornejo, don Patricio

(Presidente) y de la Diputada señora Cristi, doña María Angélica y de los Diputados señores Accorsi, don Enrique; Aguiló, don Sergio; Bayo, don Francisco; Forni, don Marcelo; Girardi, don Guido; Masferrer, don Juan; Melero, don Patricio; Ojeda, don Sergio; Olivares, don Carlos; Palma, don Osvaldo, y Robles, don Alberto.

Asistieron, además, la Diputada señora Mella, doña María Eugenia y los Diputados señores Letelier, don Felipe y Quintana, don Jaime.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE  
Secretario de la Comisión

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| I.- CONSTANCIAS.....   | 1         |
| 1. NORMAS ORGÁNICAS CONSTITUCIONALES Y DE QUÓRUM CALIFICADO:.....            | 1         |
| 2. NORMAS QUE DEBEN SER CONOCIDAS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA.....           | 1         |
| 3. ARTÍCULOS QUE NO HAN SIDO OBJETO DE INDICACIONES O DE MODIFICACIONES..... | 1         |
| 4. ARTÍCULOS SUPRIMIDOS.....   | 1         |
| 5. ARTÍCULOS MODIFICADOS.....  | 1         |
| 6. ARTÍCULOS NUEVOS.....   | 36        |
| 7. INDICACIONES RECHAZADAS E INADMISIBLES.....                               | 37        |
| a) <i>Indicaciones rechazadas</i> .....                                      | 37        |
| b) <i>Indicaciones inadmisibles</i> .....                                    | 38        |
| 8. DISPOSICIONES LEGALES QUE EL PROYECTO MODIFICA O DEROGA.....              | 43        |
| <b>ÍNDICE.....</b>   | <b>65</b> |