

INFORME DE LA COMISION DE HACIENDA RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO CON FUERZA DE LEY N°1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE FIJA EL TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N°2.763, DE 1979, Y DE LAS LEYES N°18.933 Y N°18.469, EN LAS MATERIAS QUE INDICA; CREA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN EL FONASA, OTORGA FACULTADES Y ATRIBUCIONES A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS RELATIVAS A LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

Boletín N°15.896-11(S)

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Hacienda pasa a informar, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, y conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 226 del Reglamento de la Corporación, el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, originado en Mensaje de S.E el Presidente de la República señor Gabriel Boric Font, e ingresado a tramitación el 9 de mayo de 2023. La iniciativa cumple su segundo trámite constitucional y se encuentra con Discusión Inmediata.

Asistieron en representación del Ejecutivo, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza junto con el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, el Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza y el Jefe de División de Planificación y Desarrollo Estratégico de Fonasa, señor Matías Goyenechea Hidalgo. Asimismo, asiste en representación del Ministerio de Hacienda, el Coordinador de Mercado de Capitales, señor Alejandro Puente Gómez.

I.-CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS

1.- Comisión técnica: Comisión de Salud.

2.- Normas de quórum especial: En este trámite, la nueva norma a calificar es el artículo 6° nuevo, permanente, que debe aprobarse con quórum calificado, por tratarse de una norma que regula el derecho a la seguridad social, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° y artículo 66, inciso segundo, ambos de la Constitución Política de la República.

3.- Normas de competencia de esta Comisión de Hacienda:

La Comisión Técnica señaló en tal condición a los numerales 1), 2), 3) en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, 4), 5), 9), 10), 11) y 12) del artículo 1°; y los artículos 2°, y 3°, permanentes. Asimismo, los artículos segundo, tercero, séptimo, octavo, noveno, décimo, duodécimo y decimotercero transitorios

4.- Artículos rechazados: El número 10) del artículo primero permanente, y el artículo segundo transitorio.

5.- Indicaciones declaradas inadmisibles:

Al artículo 1°

Indicación al numeral 10)

Del Diputado Sepúlveda:

Para reemplazar el número 10) del artículo primero por el siguiente:

“10) Reemplázase el inciso segundo del artículo 198, por el siguiente:

‘En el evento de que el indicador sea negativo, los precios **deberán** ajustarse a la baja.’”.

6.- Artículos modificados:

1.-Artículo 3º, letra b) del inciso primero

Fue modificado en el siguiente sentido:

Se ha agregado, a continuación del punto final que para a ser seguido, el siguiente texto:

“Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados”.”.

2.- Artículo 3º, inciso undécimo

Se ha incluido, en el inciso final, la siguiente oración luego del punto final que pasa a ser seguido:

‘En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.’.

7.- Artículo nuevo: Se ha intercalado, a continuación del artículo 5º, el siguiente artículo 6º, nuevo, pasando el actual artículo 6º a ser 7º, y así sucesivamente:

“Artículo 6º.- Mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajustes descrito en el artículo 3º, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia de dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a las personas afiliadas títulos representativos de deuda a largo plazo por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes referida en el artículo 5º. Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. En ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda. Estos títulos se regirán por lo dispuesto en la ley N°18.045, Ley de Mercado de Valores.”.

8- Diputado informante: La Presidenta señorita Gael Yeomans Araya

II.-SÍNTESIS DE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES

Proteger a las personas en su acceso a la salud mediante la adopción de medidas que apuntan a la conservación de la estabilidad del Sistema de Salud, para por una parte, asegurar la continuidad de las coberturas financieras y sanitarias, salvaguardando los flujos financieros que permitan dar certeza de que se va a cumplir la sentencia de la Corte Suprema y entregar estabilidad al sistema público y privado que permita mejorar sus prestaciones, y por la otra parte, lograr una estabilidad financiera que permita reformar el sector de la salud, una vez solucionados los problemas estructurales para arribar, en definitiva, a un sistema de salud público fortalecido, y donde las Isapres funcionen con

estricto apego a la seguridad social, y con todas las causales de judicialización cerradas, esto es, la adecuación del precio base, la tabla de factores y el GES.

II.-ANTECEDENTES CONSIDERADOS EN EL MENSAJE¹

1.-Judicialización del aseguramiento privado de salud

- Judicialización creciente en los últimos 12 años por las variaciones de precios de las Isapres (el 2022 el 80% de los recursos de protección fueron contra Isapres)

- Excma. Corte Suprema dicta Sentencias con efectos generales para enfrentar la extrema judicialización.

2.-Componentes del precio de los planes de las Isapres

$$\text{Precio plan} = (\text{precio base} \times \text{factor de riesgo}') + \text{prima GES}$$

- El precio base es el mismo para todas las personas que adscriben a un plan. Se reajusta una vez al año a través del ICSA (Índice de costos de la salud).

- El factor de riesgo se determina en una tabla según su sexo y edad. Desde el año 2019 (y a todo evento desde la sentencia de la Corte Suprema) se aplicará solo la dictada por la Superintendencia de Salud en 2019, que eliminó el factor sexo.

- La prima GES corresponde al cobro de las Garantías Explícitas de Salud, se fija en cada decreto GES, el último fue promulgado en octubre de 2022, que corresponde al GES 87.

3.-Efectos en los beneficiarios

67% de los contratos de planes de las ISAPRE utilizan una tabla distinta a la tabla única de factores que mandata la corte suprema en sus sentencias de nov '22

De esos contratos, al **53%** se le cobró en exceso. Estos beneficiarios verán una disminución en los precios de sus planes y se les debe devolver lo cobrado en exceso.

- Proporción que varía entre 45%-75% según las distintas ISAPRES Abiertas.

- Para el caso de las mujeres, se observa que al **89%** de aquellas cuyos contratos utilizaban una tabla distinta se les cobró en exceso. Mientras que en los hombres esto ocurre en el 35%.

- El restante **47%** se les cobró de menos, por lo que se debe adecuar su precio al alza con la nueva tabla. Sin embargo la corte ordenó que no podían subir, solo mantener el precio que paguen al cambiar a la tabla única.

- El **3%** verá una rebaja de sus planes por la suspensión del cobro de los menores de 2 años.

- El **100%** verá una rebaja de sus planes por la sentencia obligó a rebajar las primas GES cobradas. Esta rebaja es variable entre las distintas Isapres.

¹ Extraídos de la exposición efectuada por la Ministra de Salud en la Comisión de Hacienda del Senado

4.-Ley corta para enfrentar la magnitud del efecto

- La magnitud del impacto de las sentencias en las aseguradoras, los prestadores de salud y las personas impone la necesidad de legislar para cautelar que la aplicación de la sentencia evite colapsos y graves repercusiones.
- El ejecutivo propone Ley Corta para este objetivo, la que inicia su tramitación en la Comisión de Salud del Senado en mayo 2023.
- Excm. Corte Suprema prorroga aplicación fallo por Tabla de Factores hasta mayo 2024.

III.- FUNDAMENTOS

1.-Con el fortalecimiento de Fonasa y de la Modalidad de Cobertura Complementaria, MCC, se busca dar más opciones a la clase media afiliada al FONASA.

2.-Las medidas de la propuesta se enfocan en dar mayores certezas a los aseguradores privados y fortalecer a la superintendencia para las medidas de implementación de las sentencias.

3.-Para la deuda considera un precio mínimo de planes con el 7% de cotización, en consonancia a que ya fueron devueltos dichos excedentes, y podrá ser devuelta en una plaza de hasta 10 años. Con estas medidas la devolución significa no más del 1,5%- 2% de los ingresos.

4.- Con estos elementos las ISAPRES podrán cumplir las sentencias y sus compromisos con sus beneficiarios.

5.-Tanto la MCC, como las medidas para estabilidad del sector asegurador privado, entregarán también mayor certeza al sector de prestadores privados, institucionales e individuales.

6.-Finalmente, este proyecto propone un camino para emprender a corto plazo proyectos de reforma a la salud, y que resuelvan también los aspectos de las ISAPRES que contravienen la seguridad social.

7.-La importancia de legislar sobre la materia, en el entendido de que no aprobar esta ley de emergencia puede significar un daño para la salud de cerca de dos millones de personas afiliadas a Isapres.

IV.- CONTENIDO DE LA INICIATIVA:

El proyecto de ley aborda reformas distribuidas en 10 artículos permanentes y 13 disposiciones transitorias, organizadas temáticamente en áreas clave, con los siguientes objetivos:

1. Fortalecer Fonasa al crear una nueva modalidad para los beneficiarios del sistema público de salud, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

2.-Dotar a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias para implementar el fallo de la Excm. Corte Suprema y para regular que el precio que las ISAPRES cobran por concepto de GES se ajuste a la ley.

3.-Una regulación que posibilite la aplicación del fallo, facilitando que las ISAPRES puedan cumplir con este a través de la presentación de un plan de devolución de la deuda y la creación de un Consejo Asesor que apoye y recomiende a la Superintendencia de Salud en la materia del cumplimiento del fallo de la Excma. Corte Suprema.

4.- Establecer el marco jurídico para dar cumplimiento de las sentencias de la Corte Suprema relativa a la aplicación de la Tabla Única de Factores de Riesgo (TUF) de la Superintendencia de Salud (SIS) compatibilizándolo con los derechos de las personas y la continuidad de las prestaciones de salud.

5.-. Evitar la judicialización en el sistema de salud privado, para esto establece nuevas facultades y atribuciones a la SIS, y provee soluciones regulatorias a los ajustes de los precios base de los planes de salud y prima GES que pueden cobrar las ISAPRE.

4. Comprometer el envío de uno o más proyectos de ley que se haga cargo de una reforma del sistema de salud.

V.- INCIDENCIA EN MATERIA FINANCIERA O PRESUPUESTARIA DEL ESTADO

La Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda elaboró el informe financiero N°90 de 9 de mayo de 2023 el que acompañó la iniciativa a su ingreso, y que fue sustituido por el informe financiero N° 236 de 3 de noviembre del mismo año con motivo de la presentación de indicaciones por parte del Ejecutivo en su primer trámite constitucional. Posteriormente se presentaron 5 informes financieros en esa instancia con indicaciones que no significaron un mayor gasto fiscal.

En este segundo trámite constitucional, el Ejecutivo presentó en tres oportunidades indicaciones en la Comisión Técnica cuyos respectivos informes financieros señalaron que no irrogaban gasto fiscal.

Asimismo, en la tramitación en esta Comisión de Hacienda, el Ejecutivo presentó indicaciones acompañando el informe financiero N° 94 de 15 de abril del año en curso, con el siguiente contenido:

Las indicaciones introducen modificaciones al proyecto de ley estableciendo que mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajuste descrito, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia en dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) podrán ofrecer a las personas afiliadas, títulos representativos de deuda a largo plazo, por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes.

Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. Se define también que en ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda y que estos títulos se regirán por lo dispuesto en la Ley N°18.045 de Mercado de Valores, por lo tanto, serán fiscalizadas por la Comisión para el Mercado Financiero (CMF).

EFFECTOS DEL PROYECTO DE LEY SOBRE EL PRESUPUESTO

FISCAL²

² Mensaje N°202-371, de S.E. el Presidente de la República con el que formula indicaciones al proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido,

El presente informe financiero considera los costos asociados a la fiscalización por parte de la CMF a las emisiones de títulos representativos de deuda a largo realizadas por las ISAPRE. Para la implementación de lo anterior se considera la contratación de un funcionario adicional para la CMF y recursos para desarrollo tecnológico.

Así, el desarrollo tecnológico asociado al registro en conjunto con la contratación mencionada, **implicarán un mayor gasto fiscal de \$174.780 miles de pesos** el primer año, mientras que **en régimen esta cifra alcanza los \$56.726 miles de pesos**. El detalle de estos costos se presenta en la tabla adjunta a continuación:

Tabla 1: Costos implementación Registro
(miles de\$ de 2024)

Categoría	Año 1	Régimen
Gastos en personal	22.121	44.243
Bienes y servicios de consumo	1.242	2.483
Adquisición de activos no financieros	1.417	0
Desarrollo tecnológico	150.000	10.000
Total	174.780	56.726

Actualización del gasto

Posteriormente, el Ejecutivo ingresa el informe financiero N° 97 de 16 de abril, con iguales contenidos, y donde solo actualiza el gasto a pesos de 2024, sustituyendo principalmente el informe financiero N°236 de 2023 y los informes financieros ya presentados referidos a las indicaciones.

EFFECTOS DEL PROYECTO DE LEY SOBRE EL PRESUPUESTO

FISCAL

1.- Modalidad Cobertura Complementaria FONASA

En la siguiente tabla se presentan las estimaciones de ingresos y gastos a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA. Tanto las metodologías, supuestos, número de esquemas, número de prestadores y número de prestaciones son las explicitadas en el I.F. N°236 de 2023.

coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1989, y de las leyes N°18.933 y N°18.469, en las materias que indica, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud, y crea un nuevo modelo de atención en el FONASA.

- Archivo Maestro Cotizantes y cargas de ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.
- Archivo Maestro Licencias Médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.
- Archivo Maestro Prestaciones de Salud de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.
- Archivo Maestro Cotizaciones de Salud de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.
- Base de Datos sobre Licencias Médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral pagadas por FONASA, año 2022. FONASA.
- Base de Datos sobre Cotizantes y Cotizaciones de los Afiliados del FONASA, año 2022. FONASA
- Base de Datos sobre Prestadores, Prestaciones y Precios por esquema. FONASA
- Informe Financiero N°90 de 2023, DIPRES 2023.
- Minuta de Arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria. FONASA
- Minuta sobre Red de prestadores privados y esquemas. FONASA.”.

Tabla 1. Escenarios de Cotizantes con Cotización Adicional

(\$Millones de 2024)

Escenario	Número de Cotizantes en MCC	Ingreso Cotizaciones	Gasto SIL	Gasto APS	Gasto en MAI	Gasto Bonificación MCC
100% Universo	1.238.539	1.923.050	965.629	173.813	272.909	441.312
50% Universo	619.637	961.673	484.144	86.958	136.535	220.031
40% Universo	495.937	770.643	387.198	69.598	109.279	176.653
30% Universo	371.550	577.711	290.041	52.142	81.870	133.022
20% Universo	247.733	384.653	193.871	34.766	54.587	88.389
10% Universo	124.628	193.470	95.820	17.490	27.461	44.431

Nota: Metodología en IF N°236 de 2023

Además se consideran los gastos de administración que no varían con respecto a los presentados en el Informe Financiero N°90 de 2023. El detalle del mayor gasto se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2. Mayor gasto fiscal para FONASA

(\$Millones de 2024)

Subtítulo	Año 1	Años Sigüientes
Gastos en personal	486	971
Bienes y servicios de consumo	1.033	642
Adquisición de activos no financieros	31	
Total	1.549	1.613

2.- Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Los gastos del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud no varían con respecto a los presentados en el Informe Financiero N°236 de 2023. El detalle del mayor gasto se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 3. Mayor gasto fiscal por Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

(\$Millones de 2024)

Ítem	Año 1 - Régimen
------	-----------------

Monto Máximo Dieta por Consejero/a	26,8
Total (5 consejeros)	134

Nota: Con UF de abril de 2024

3.- Fiscalización a ISAPRES

No se modifica lo presentado en el IF N° 94 de 2024 para la fiscalización que realizará la CMF.

Tabla 4. Costos implementación CMF
(miles de \$ de 2024)

Categoría	Año 1	Régimen
Gastos en personal	22.121	44.243
Bienes y servicios de consumo	1.242	2.483
Adquisición de activos no financieros	1.417	0
Desarrollo tecnológico	150.000	10.000
Total	174.780	56.726

FUENTES DEL GASTO

El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Archivo Maestro Cotizantes y cargas de ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.

Archivo Maestro Licencias Médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.

Archivo Maestro Prestaciones de Salud de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.

Archivo Maestro Cotizaciones de Salud de las ISAPRES, año 2022. Superintendencia de Salud.

Base de Datos sobre Licencias Médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral pagadas por FONASA, año 2022. FONASA.

Base de Datos sobre Cotizantes y Cotizaciones de los Afiliados del FONASA, año 2022. FONASA

Base de Datos sobre Prestadores, Prestaciones y Precios por esquema. FONASA

Informe Financiero N°90 de 2023, DIPRES 2023.

Minuta de Arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria. FONASA

VI- ACUERDOS ADOPTADOS

La Comisión recibió a la Ministra de Salud señora Ximena Aguilera Sanhueza

Presentó el proyecto de ley que propone una serie de modificaciones significativas al DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, con el objetivo de mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud público y privado en Chile. Este proyecto de ley busca crear un nuevo modelo de atención en FONASA y ampliar las facultades regulatorias de la Superintendencia de Salud para asegurar una implementación más efectiva y justa de las políticas de salud.

La iniciativa introduce la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en FONASA, que permite a esta entidad actuar como intermediario en seguros voluntarios complementarios. Esta modalidad está diseñada para proporcionar una cobertura financiera adicional a los beneficiarios del sistema público, ofreciendo acceso a servicios de salud en prestadores privados bajo condiciones preferenciales. Además, se establece un seguro catastrófico dentro de esta modalidad para ofrecer protección contra eventos de salud de alto costo.

La Ministra destacó la importancia de adaptar el sistema a las sentencias recientes de la Corte Suprema, que han modificado la aplicación de la Tabla Única de Factores de Riesgo. A partir de 2019, esta tabla excluye el factor sexo, lo que implica ajustes en la determinación del precio de los planes de salud en las ISAPREs. El proyecto responde a esta necesidad legal y social, asegurando que los precios sean justos y no discriminatorios.

En respuesta a los problemas históricos de cobros excesivos en el sistema de ISAPREs, la ley propone un marco para la devolución de los cobros en exceso realizados bajo tablas de factores antiguas. Esto incluye un plan de pagos detallado que las ISAPREs deben seguir para compensar a los afectados, priorizando a los beneficiarios mayores y más vulnerables.

El proyecto también busca evitar futuras judicializaciones en el ámbito de la salud privada, mediante la implementación de nuevas facultades para la Superintendencia de Salud. Estas incluyen la autoridad para ajustar los precios base y las primas GES que las ISAPREs pueden cobrar, introduciendo más transparencia y previsibilidad en el sistema. Además, se facilita la solvencia de las ISAPREs mediante la posibilidad de proponer primas extraordinarias, con límites estrictos para proteger a los consumidores de aumentos desproporcionados.

Finalmente, la Ministra enfatizó que este proyecto es un paso crucial para fortalecer el sistema público de salud, mejorando la administración y eficiencia de FONASA, y asegurando la continuidad de tratamientos médicos incluso frente a insolvencias de ISAPREs. El objetivo último es garantizar que todos los ciudadanos chilenos tengan acceso a un sistema de salud que sea tanto inclusivo como equitativo.

A su término los integrantes de la Comisión efectuaron las siguientes preguntas

Tras la exposición, **el Diputado Ulloa** abordó varios puntos críticos respecto al proyecto de ley presentado, que busca modificar aspectos del sistema de salud

público y privado. Empezó destacando que la propuesta legislativa surge en respuesta a un fallo de la Corte Suprema que ordena el pago por cobros indebidos según la aplicación incorrecta de tablas de factores de riesgo. Subrayó la importancia de establecer un método claro y justo para la devolución de estos cobros, cuestionando especialmente el plazo de 10 años propuesto para saldar la deuda, que considera excesivamente largo y poco prudente, dada la expectativa de los acreedores de una resolución más rápida.

Criticó que el proyecto de ley proponga ajustes en el pago, pero no contemple intereses sobre las sumas adeudadas, lo que según él resulta en dos montos distintos: el adeudado hoy y el que se pagaría en una década, afectado por la inflación y sin generar intereses adicionales. También expresó preocupaciones sobre la participación de compañías de seguros vinculadas a holdings que han estado implicados en prácticas que generaron estas deudas, sugiriendo una prohibición para que estas compañías no participen en la nueva modalidad de seguro complementario propuesta.

Otro punto de crítica fue el proceso de contratación para la implementación de la nueva modalidad de seguros. Argumentó que la contratación directa propuesta carece de la transparencia y competitividad necesarias para garantizar un proceso de licitación abierto. Propuso modificaciones para asegurar un proceso más transparente y justo.

Finalmente, se refirió al régimen de excedentes y el riesgo de intervención legislativa en contratos vigentes, comparando la situación con las demandas previas por intervenciones en contratos de renta vitalicia. Resaltó la necesidad de considerar cuidadosamente las implicaciones legales y prácticas de tales cambios, sugiriendo la introducción de indicaciones para mejorar la transparencia y ajustar el manejo de la deuda de manera que no termine recayendo injustamente en los propios afectados.

El Diputado Sepúlveda criticó la carga financiera impuesta a los usuarios del sistema de salud a causa de prácticas indebidas por parte de las ISAPREs, destacando la contradicción de que sean los consumidores quienes paguen por los errores de las aseguradoras. Abordó el impacto de un "primer salvataje" gubernamental a las ISAPREs, cuestionando cuánto han subido y seguirán subiendo los planes de salud como resultado de este y futuros rescates financieros. Subrayó que los responsables de las malas prácticas deben asumir los costos derivados de sus acciones, en vez de trasladarlos a los usuarios, que terminan doblemente afectados, pagando más por un servicio comprometido por la gestión inadecuada y las decisiones empresariales cuestionables.

El Diputado Mellado expresó preocupaciones sobre la intromisión de la Corte Suprema en la legislatura, argumentando que esto ha llevado a la necesidad de "arreglar" temas a través de nuevas leyes. Criticó la influencia de cambios en la propiedad de las ISAPREs, que pasaron de fundadores locales a fondos de inversión internacionales, complicando la gestión y responsabilidad. Cuestionó también la carga financiera impuesta a los usuarios mediante el aumento de las primas y otros costos administrativos no considerados en las reformas propuestas, sugiriendo que se podría ofrecer a los usuarios la opción de recibir servicios en lugar de reembolsos monetarios. Señaló la falta de consulta y consideración hacia los usuarios finales en el proceso legislativo y la necesidad de un equilibrio que proteja la viabilidad del sistema sin sacrificar la calidad o asequibilidad del servicio. Abogó por enmiendas que aseguren una gestión más justa y eficaz del sistema de salud, preservando su sostenibilidad a largo plazo.

La Diputada Rojas destacó la necesidad de mejorar y aumentar la capacidad del sistema de salud público, aludiendo a su propia experiencia como usuaria y la de aproximadamente el 80% de los chilenos que dependen de este sistema. Subrayó la importancia de no descuidar al 20% que utiliza ISAPREs, argumentando que la legislación

debe atender a todas las esferas de salud. Respondiendo al Diputado Mellado, enfatizó que las decisiones de la Corte Suprema surgieron debido a abusos percibidos por los usuarios de ISAPREs, quienes se vieron forzados a buscar justicia judicial ante la inacción legislativa y ejecutiva. Argumentó que este contexto histórico de negligencia obliga al actual gobierno a tomar medidas decisivas para equilibrar el sistema y cumplir con los mandatos judiciales, especialmente en lo que respecta al establecimiento de un plan de pago y la implementación de una tabla única de factores de riesgo. Instó a una acción legislativa diligente para rectificar estos problemas prolongados y mejorar el sistema de salud para todos los chilenos.

El Diputado Romero expresó su intención de cuestionar la constitucionalidad de varias disposiciones del proyecto de ley, destacando que similares preocupaciones ya fueron presentadas al Tribunal Constitucional por miembros de su mismo partido en el Senado. Señaló que las normas en cuestión podrían violar la exclusividad del ejecutivo en materia presupuestaria y aspectos de seguridad social. A pesar de su oposición política al gobierno actual, afirmó su apoyo al proyecto porque, según él, es esencial avanzar en la solución de los problemas de salud. Criticó la tendencia a polarizar el debate etiquetando a los actores políticos como buenos o malos y propuso en lugar de eso, trabajar juntos para mejorar el sistema de salud. Resaltó la importancia de incluir a expertos con experiencia en seguros complementarios, como las cajas de compensación, para enriquecer la propuesta, y abogó por mantener la viabilidad del sistema de salud, garantizando cobertura a los millones de chilenos que dependen de ella.

El Diputado Ramírez criticó la intervención de la Corte Suprema en esta materia, señalando que, aunque hubo fallas legislativas y gubernamentales anteriores, no justifican que otro poder del Estado usurpe roles no asignados. Destacó la falta de claridad en las cifras financieras involucradas en el proyecto, especialmente los \$1.4 mil millones de dólares mencionados en debates sin una base clara, cuestionando la exactitud y las fuentes de tales cifras. Expresó su preocupación por centrar el debate en aspectos financieros en lugar de mejorar el modelo de salud. Indicó que el proyecto parece prepararse para la eventual quiebra de algunas ISAPREs, lo cual podría resultar en una carga adicional para FONASA y los contribuyentes, especialmente si los enfermos crónicos terminan siendo los más afectados. Solicitó mayor claridad sobre los costos que estas transiciones implicarían para el sistema de salud público y para el estado.

El Diputado Bianchi enfatizó que el motivo principal de la legislación actual no es solo un fallo de la Corte Suprema, sino también los abusos históricos cometidos por las aseguradoras de salud, destacando que estos problemas sistémicos son lo que realmente necesita atención. Criticó la falta de acción legislativa y ejecutiva anterior que permitió estos abusos, señalando que esto llevó a los afectados a buscar justicia a través del sistema judicial. Expresó preocupación por las propuestas que permitirían a las mismas aseguradoras abusivas continuar operando en el sistema, calificando estas acciones como inmorales y cuestionando la ética detrás de permitir que las mismas entidades gestionen seguros de salud en el futuro. Hizo un llamado a reconsiderar la inclusión de estas aseguradoras en el nuevo sistema y sugirió que se debería buscar alternativas que no incluyan a los abusadores históricos, buscando una reforma que realmente beneficie la salud pública y proteja a los ciudadanos de futuros abusos.

El Diputado Sáez coincidió con su antecesor en el uso de la palabra en el sentido de concluir que el debate actual sobre la reforma de salud está influenciado no solo por un fallo de la Corte Suprema sino principalmente por los abusos históricos de las aseguradoras de salud. Destacó que el proyecto de ley es más complejo y sistémico de lo

que se ha discutido, abarcando nuevas modalidades en Fonasa y reestructuraciones en la supervisión de la salud. Argumentó que las compañías de seguros deben ser responsables de sus estructuras de costos para mantener la sostenibilidad del sistema. También enfatizó que no se puede esperar que la legislación salve a las compañías insalvables y sugirió que cualquier transición hacia modelos de seguro complementario debe incluir incentivos claros para las ISAPREs, no solo restricciones. Abogó por una discusión más amplia sobre la seguridad social en salud y la necesidad de clarificar la magnitud de la deuda de las ISAPREs mediante la ley, sugiriendo que los holdings controladores deberían responsabilizarse solidariamente por las deudas, incluyendo intereses por mora en caso de incumplimientos en los pagos.

El Diputado Lagomarsino destacó la respuesta institucional frente a la crisis en el sistema de salud, reconociendo el esfuerzo del Ejecutivo al presentar el proyecto de ley como evidencia de su compromiso para no dejar caer las ISAPREs. También valoró la labor del Congreso, que ha trabajado arduamente para abordar las complejidades que presenta la normativa, proponiendo un nuevo modelo de atención en Fonasa y otorgando mayores facultades a la Superintendencia de Salud. Remarcó la importancia de centrar las discusiones en las necesidades inmediatas de los pacientes, incluyendo embarazadas y personas en tratamientos críticos, independientemente de su afiliación. Adicionalmente, criticó la falta de acción del sistema político durante años, que llevó a la intervención de la Corte Suprema para llenar un vacío dejado por la falta de medidas legislativas adecuadas. En su discurso, destacó que la estructura de costos de las ISAPREs y la transición a una tabla única de factores de riesgo han creado desbalances financieros, pero subrayó la necesidad de encontrar un equilibrio que permita la sostenibilidad del sistema sin perjudicar a las partes involucradas.

El Diputado Barrera criticó la actuación histórica de las ISAPREs, enfocándose en el abuso y engaño hacia sus usuarios, lo que eventualmente llevó a la intervención de la Corte Suprema. Subrayó la necesidad de que el gobierno tome medidas para no solo asegurar que las ISAPREs devuelvan los cobros excesivos realizados, sino también para fortalecer el sistema público de salud, especialmente dado que muchos chilenos están migrando de las ISAPREs a Fonasa. Expresó su preocupación de que los costos de cualquier ajuste financiero no recaigan sobre los usuarios y cuestionó la efectividad de las medidas actuales para proteger a los consumidores y mejorar el sistema de salud. Su posición se resume en tres expectativas del proyecto de ley: que las ISAPREs rindan cuentas y reembolsen lo cobrado de más, que se refuerce el sistema de salud pública, y que la carga financiera de los ajustes no caiga sobre los ciudadanos. Además, planteó una pregunta sobre el papel consultivo o vinculante del consejo en relación con estas resoluciones.

El Diputado Naranjo interpretó la resolución de la Corte Suprema como una revelación del abuso sistemático de las ISAPREs hacia los cotizantes y como un catalizador de un hecho político significativo que ha polarizado opiniones sobre el futuro de las ISAPREs. Algunos temían que el fallo fuera una estrategia del gobierno para dismantelar el sistema privado de salud, mientras que otros lo vieron como una oportunidad para erradicarlo. Valoró el proyecto de ley presentado por el Ejecutivo como un equilibrio entre reformar profundamente el sistema privado y fortalecer el sistema público, Fonasa. Destacó que el proyecto no busca la eliminación de las ISAPREs sino su transformación y la mejora simultánea de Fonasa. Argumentó que la controversia y el debate generado son fundamentales para replantear cómo deben funcionar ambos sistemas de salud en Chile,

abogando por una discusión amplia sobre la futura configuración del sistema de salud privado y la integración de los usuarios y el estado en la gobernanza de las ISAPREs.

El Diputado Cifuentes expresó su preocupación por la persistente desigualdad entre el sistema de salud público y el privado en Chile, a pesar de las reformas propuestas en el proyecto de ley discutido. Reconoció que, aunque el proyecto aborda algunos problemas importantes, no ofrece soluciones significativas para los desafíos críticos del sistema público, como las largas listas de espera, que siguen siendo una urgencia sin respuesta adecuada. Criticó la falta de compromiso del gobierno para redistribuir recursos de manera efectiva para aliviar estos problemas y destacó que cualquier reforma que no considere una mejora tangible en el acceso y la calidad de la atención pública es insuficiente y moralmente cuestionable. Además, mostró su preocupación por la falta de datos concretos sobre los costos y los plazos de implementación del proyecto, lo que complica la posibilidad de tomar decisiones informadas. Abogó por enfoques más creativos e inclusivos que puedan ofrecer soluciones reales y comprensivas a todos los chilenos, no solo a aquellos afiliados a las ISAPREs.

El Diputado Sepúlveda expresó su frustración por la falta de críticas hacia las ISAPREs por parte de parlamentarios de derecha, destacando que, a pesar de los evidentes abusos cometidos por estas entidades, no ha habido un reconocimiento o mea culpa por su parte. Criticó la tendencia a desviar la responsabilidad hacia otros actores como el Gobierno y el Poder Judicial, mientras se omite cualquier deber de las ISAPREs en los problemas actuales del sistema de salud. Argumentó que esta falta de crítica dificulta un debate honesto y balanceado sobre la reforma del sistema de salud y sugirió que reconocer los errores del pasado es crucial para avanzar en las discusiones. Además, lamentó que el Gobierno intervenga para resolver los problemas causados por malas prácticas del sector privado de la salud, y subrayó que los costos de estas intervenciones acaban recayendo injustamente sobre los contribuyentes y usuarios del sistema de salud y no sobre los responsables de los abusos.

La Diputada Yeomans (Presidenta) resaltó la necesidad de un diagnóstico común en la Cámara sobre los problemas que han llevado a la necesidad de este proyecto de ley, enfocando su crítica en la dualidad del sistema de salud que propone mantener un sector privado bajo nuevas regulaciones y un sector público que requiere fortalecimiento. Destacó la importancia de entender cómo funcionará el seguro de catástrofe dentro de la nueva modalidad de cobertura complementaria de Fonasa y cómo se manejarán las emergencias médicas bajo este esquema. Además, expresó su deseo de que el proyecto no solo resuelva algunos problemas inmediatos, sino que también incorpore una visión más amplia para tratar las listas de espera prolongadas y mejorar significativamente el sistema de salud pública. También subrayó la necesidad de fiscalización y regulación efectivas de las ISAPREs por parte de la Superintendencia de Salud para prevenir futuras crisis y asegurar que las ISAPREs cumplan con sus obligaciones sin cargar los costos a los usuarios.

La Ministra Aguilera destacó el compromiso del gobierno en manejar la crisis potencial en el sistema de ISAPREs a través del proyecto de ley presentado, subrayando la intención de mantener la estabilidad del sistema y asegurar el acceso a la atención médica. Explicó que el proyecto busca cumplir con la sentencia de la Corte Suprema para rectificar los cobros excesivos y asegurar la financiación continua de las prestaciones médicas para todos los afiliados, además de mejorar la cobertura del sistema público Fonasa. También hizo hincapié en la introducción de una cobertura complementaria público-privada que beneficiaría a todos los chilenos. La Ministra reiteró la responsabilidad

del gobierno de enfrentar las prácticas cuestionables del pasado y de trabajar hacia un sistema que combine efectivamente elementos de los seguros privados y públicos bajo regulaciones justas y equitativas, para lo cual se considerarán nuevas medidas legislativas que refuercen la regulación y transparencia del sistema de salud.

Luego, abordó dos aspectos clave del proyecto de ley en relación con la cobertura catastrófica: la continuidad del seguro catastrófico para ISAPREs en caso de insolvencia y la integración de un seguro catastrófico en la cobertura complementaria de Fonasa. Aclaró que estos seguros son financieros, diseñados para limitar el riesgo de catástrofe financiera, no para enfermedades catastróficas. Detalló que, aunque el proyecto establece la cobertura financiera catastrófica desde el inicio, se propuso un enfoque gradual, iniciando sin esta cobertura en los primeros años para facilitar la transición y permitir a las empresas ajustar sus costos. Además, abordó la complejidad de perseguir deudas de forma solidaria entre empresas relacionadas, señalando que se estudiaría más a fondo. Sobre el consejo consultivo, explicó que, aunque sus recomendaciones no son vinculantes, se garantizará transparencia en cómo se toman las decisiones administrativas relacionadas con los planes de salud. Enfatizó la importancia de equilibrar las necesidades de las ISAPREs con las exigencias de eficiencia y responsabilidad fiscal, destacando el esfuerzo que requiere la implementación del techo de prima extraordinaria acordado, para asegurar que el sistema de salud privado también contribuya de manera efectiva al bienestar general sin sobrecargar a los asegurados.

VOTACIÓN

La Comisión inicio la discusión y votación de los artículos sometidos a competencia de la Comisión de Hacienda, iniciando con el artículo 1º, numerales 1), 2), 3) en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, 4), 5).

“Artículo 1º.- Introdúcense, en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, las siguientes modificaciones:

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

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

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

2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre las frases “de libre elección,” y “lo que la ley establezca”, lo siguiente: “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.

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

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

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

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

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

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo.

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

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

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

4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda. Este arancel deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención hospitalaria se contemplarán mecanismos de pago destinados a financiar la solución del problema de salud. El arancel de la modalidad de cobertura complementaria podrá considerar prestaciones con pertinencia sanitaria no contenidas en el

arancel de la modalidad de libre elección. Para la incorporación de nuevas prestaciones en el arancel de la modalidad, se podrá considerar otros aranceles para personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.

Aquellas prestaciones financiadas en conformidad a este artículo quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

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

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

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

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

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

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

Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N° 20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

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

Los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con

sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna. Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.

e) El plazo de duración del contrato, el que no podrá ser superior a cuatro años.

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

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley Nº 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán

participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal.

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

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

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de la misma, un monto mínimo referencial de tope de cobertura financiera complementaria anual, las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.

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

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

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

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

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

Artículo 144 octies.- Vencido el plazo del contrato adjudicado a la compañía de seguros por la licitación, o en caso de término por cualquier otro motivo, y si la nueva licitación es adjudicada a una compañía de seguros distinta, los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a estos, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas.

En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144

septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

La Diputada Yeomans (presidenta) propuso, al objeto de iniciar la votación, escuchar la exposición de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera.

Artículo 1

Numerales 1, 2, 4 y 5

La Ministra de Salud, expuso que el artículo primero, en su numeral 1), agrega una nueva función a FONASA que implica velar por el correcto funcionamiento de la licitación y la implementación de la modalidad de cobertura complementaria. Además, se le asigna la tarea de redactar las pólizas que deben observar las compañías de seguro que otorgan esta cobertura, depositándolas en la Comisión para el Mercado Financiero.

El numeral 2) modifica la facultad de supervisión y control de la Superintendencia de Salud, incorporando la modalidad de cobertura complementaria, especificándose que la supervigilancia de FONASA es de la superintendencia de salud y la supervigilancia de las compañías de seguro es de la Comisión para el Mercado Financiero.

El numeral 3), en lo pertinente, incorpora un artículo 130 bis que crea el Consejo y define su función, indicando que sus pronunciamientos son públicos pero no vinculantes y el artículo 130 ter define aspectos como su constitución, duración, elección de la presidencia y dieta, aspectos que fueron modificados en el trámite reglamentario anterior.

El numeral 4) modifica el artículo 142 que define modalidades de atención opcionales del FONASA, agregando la modalidad de cobertura complementaria a la modalidad de libre elección y atención institucional. Se permite a los afiliados elegir entre estas modalidades, con la opción de cobertura complementaria sumándose a las otras opciones existentes.

El numeral 5) incorpora artículos que regulan la modalidad de cobertura complementaria (MCC). Se incorporan artículos que regulan esta modalidad, definiendo quiénes pueden acceder a ella, cómo funciona su cobertura y arancel, así como la obligación de pagar una prima. Se establece que las prestaciones se financiarán en parte por la cobertura de las compañías de seguros, incluyendo un seguro catastrófico con un tope anual. Continuó detallando que se establecerá un arancel especial que contendrá las prestaciones del arancel de modalidad libre elección e incluirá nuevas prestaciones, siendo más atractivo para los prestadores e incluyendo mecanismos de pago más eficiente. Sobre el particular, afirmó que las prestaciones financiadas por la MCC quedan excluidas de los préstamos médicos, entendidos como seguro financiero para afrontar las prestaciones derivadas de una urgencia o emergencia que se encuentran debidamente cubiertas a nivel legal. Añadió que la modalidad de cobertura complementaria incorpora un seguro catastrófico. Por otra parte, se regula la prima plana de la modalidad de cobertura complementaria, estableciendo que no debe hacer diferencia por sexo, edad o condición de salud, permitiendo a los empleadores celebrar convenios o contratos colectivos para aportar parte o toda la prima y con una afiliación es por 12 meses renovables automáticamente, con posibilidad de renuncia por razones justificadas. Con respecto al proceso de licitación, aquella se define para la cobertura financiera por las compañías de seguro, estableciendo un mecanismo de licitación pública regulando sus requisitos y basado en principios de igualdad y libre concurrencia y regula el contrato directo en caso de licitación fallida. Finalmente detalló la regulación que establece la vigencia de la póliza de cobertura

complementaria y la aplicación supletoria de normas de modalidad de elección. Se permite la aplicación de reglas de modalidad de libre elección en todo lo regulado para la modalidad de cobertura complementaria, compatible con ellas.

A su término, el Diputado Barrera consultó sobre los requisitos para acceder a la modalidad de cobertura complementaria.

El Diputado Bianchi valoró las medidas por mejorar sustantivamente la salud pública del país. Por otra parte, expresó su preocupación por la posibilidad de que algunos sectores intenten pedir votación separada sobre ciertos puntos, como el artículo 144 ter, que podría afectar la competencia que actualmente existe en el sistema de salud. Enfatizó la importancia de promover la competencia entre aseguradoras para mejorar la calidad y reducir los precios de los servicios de salud, invitando a trabajar juntos para mejorar el sistema de salud pública y crear alternativas que compitan con las estructuras privadas existentes.

La Ministra de Salud respondió que la modalidad de cobertura complementaria no tiene exclusiones, no se hacen diferencias ni prevé la realización de exámenes previos, señalando que dicho enfoque es común en seguros colectivos, donde la duración no es prolongada y el riesgo se distribuye entre un grupo amplio de personas, evitando así la selección adversa. Sostuvo que en este caso la prima plana asegura que todos contribuyan de manera equitativa, y al renovarse periódicamente mediante licitaciones, se garantiza que no haya diferencias en el acceso al seguro.

La Diputada Yeomans (presidenta) aludió a una indicación que se presentó pero que quisiera proponer al ejecutivo, respecto a las garantías que se tienen en consideración para el registro de la superintendencia y si es posible considerar una garantía mayor para las ISAPREs. Finalmente solicitó a la Ministra si puede comentar de la discusión dada en ese marco en la Comisión de Salud.

La Ministra de Salud afirmó que aquello se discutió en la Comisión de Salud y que la indicación fue retirada. Explicó que en dicha instancia se señaló que la barrera de existencia de nuevas ISAPREs no era materia de este proyecto pero que se presentará un proyecto de ley a futuro sobre el particular. Por otra parte aludió a la potencial restricción de la competencia en ese ámbito.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres, reafirmó los argumentos dados por la Ministra, entendiendo que la entrada de nuevos actores al sistema podría favorecer a las actuales ISAPREs en lugar de a las personas, ya que competirían en condiciones desfavorables. Por tanto, sugirió que la discusión sobre esta modificación estructural del sistema de salud sea más pertinente en futuros proyectos de ley que se presentarán en octubre, cuando se pueda analizar más a fondo el funcionamiento del sistema en su conjunto.

El Diputado Romero consultó sobre el cambio en la normativa relacionada con las garantías en el contexto de la reforma, planteando que esta deuda debería considerarse en los estados financieros de las ISAPREs y en la consolidación de las sociedades matrices. Destacó la importancia de resolver este problema para garantizar la continuidad de las ISAPREs.

El Superintendente distinguió dos elementos distintos, primero, respecto a las normas indicadores que a la Superintendencia le corresponde supervigilar, separando

entre el funcionamiento habitual y el funcionamiento especial del sistema de salud, este último producto de una sentencia judicial. En el funcionamiento habitual se supervisan los indicadores financieros y, si hay incumplimientos, se aplican intervenciones como planes de ajuste o administradores provisionales. El segundo elemento es que colocar la deuda en cuentas corrientes distintas permitiría supervisar el cumplimiento del plan de pago sin generar incumplimientos inmediatos que provoquen intervenciones en todo el sistema.

El Diputado Sáez preguntó si podría el tope de 10 ser utilizado por alguna compañía para apalancar deuda. Por otra parte, en caso de insolvencia de una ISAPRE, consultó sobre cómo se asegura de la continuidad de prestaciones para sus usuarios y se prevé la generación de algún mecanismo de emergencia transitorio para abordar dicha situación.

El Superintendente respondió que el cálculo del alza no se centra en la posibilidad de pagar deuda en caso de insolvencia, sino en equilibrar financieramente los planes para garantizar cobertura a las personas. Por otra parte, ante una eventual insolvencia de una ISAPRE, se establece un plan de ajuste contingencia o la designación de un administrador provisional para evitar la falta de continuidad en las prestaciones. Señaló que en ese supuesto la continuidad de las garantías cubre las prestaciones realizadas y facturadas como aquellas no facturadas, sin embargo, a su parecer, hay que evitar esas precarias condiciones que implicarían la insolvencia para los usuarios.

El Diputado Ramírez consultó, frente a la eliminación de la mutualización, si el Ejecutivo ha estimado el número de ISAPREs que potencialmente puede quebrar.

El Diputado Mellado preguntó al ejecutivo sobre qué ocurre con la el pago de la deuda a un afiliado si se cambia a otra ISAPRE. Por otra parte, consultó si existe alguna limitación para una eventual modificación societaria de las ISAPREs frente a los diez años de plazo, en particular manifestó su preocupación sobre la propiedad de las ISAPREs.

La Ministra de Salud, en relación al cálculo del techo y el manejo de la deuda, señaló que las ISAPREs deben abrir una cuenta individual para cada persona a la que se le haya cobrado en exceso, independientemente de si cambian a FONASA o a otra ISAPRE después de la sentencia. Respecto a la continuidad de las ISAPREs y posibles cambios de propiedad, mencionó que estas deben tener claros sus pasivos, incluyendo la posibilidad de que paguen en efectivo y adelanten plazos de pago, lo que no debería ser un obstáculo para cambios en la propiedad, pero cualquier nuevo comprador debe considerar la viabilidad financiera de la industria, en su opinión. Finalizó señalando que objetivo del proyecto es lograr un equilibrio financiero y mantener la estabilidad en el sistema para evitar una crisis sistémica.

El Superintendente explicó que se consideran varios elementos para proyectar las primas de equilibrio y determinar el tope adecuado para mantener la continuidad del sistema, lo que incluye la transformación de la cotización legal en cotización real y la consideración de elementos relacionados con la deuda. Afirmó que se establece un techo para evitar que el traspaso de los mayores costos recaiga completamente en los usuarios y que el aumento del 10% se determina como el mínimo necesario para mantener las condiciones de funcionamiento del sistema. Manifestó finalmente, que las decisiones sobre cómo manejar estas condiciones quedarán en manos de los directores de las ISAPREs.

El Diputado Ramírez solicitó confirmación respecto al diagnóstico dado

por el Superintendente, en particular, sobre que se debería llegar a un punto de equilibrio con lo que no debería existir ninguna quiebra, pues los ingresos serían mayor que los costos por lo que sería un buen negocio, incluso teniendo que capitalizar una ISAPRE sabe que al largo plazo va a poder seguir operando.

El Superintendente afirmó que eso es lo que busca el ejecutivo, pero que existirían definiciones de empresas que no pasan por las legales, pero que el ejecutivo propone eliminar otros factores que permitirán tomar mejores decisiones.

La Diputada Yeomans (presidenta) consultó sobre si FONASA actualmente estaría habilitado para recibir un mayor número de afiliados.

La Ministra de Salud destacó que la propuesta del ejecutivo busca estabilizar el sistema de salud, con un énfasis en el uso eficiente de recursos por parte de las ISAPRES, en que se les permite hacer un pago por resultados de salud y se establece un techo de gasto. El proyecto evita una crisis sistémica y la insolvencia de las ISAPRES, pero requiere que estas reduzcan su gasto. Se enfatiza en la estabilización del sistema público de salud, con un énfasis en la modalidad de cobertura complementaria para ofrecer mayor protección financiera y eficiencia en el uso de recursos. Señaló que el traspaso de afiliados de ISAPRE a FONASA se viene produciendo de un tiempo a esta parte, sin embargo, medidas como la modalidad de cobertura complementaria permitirá el acceso a un sistema de prestaciones mixto con una mayor protección financiera respecto a la MLE y un uso más eficiente mediante el cambio de mecanismos de pago por resultados.

El Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza, destacó el fenómeno de migración de personas desde las ISAPRES hacia FONASA, atribuyéndolo a la utilización intensiva de la modalidad de libre elección. Luego, enfatizó en la importancia de la modalidad de cobertura complementaria para cubrir el diferencial de cobertura financiera que las personas pueden perder al migrar a FONASA, modalidad que no operaría como un seguro tradicional de ISAPRE, sino como un seguro de copago que permite mantener relaciones con los proveedores. Finalmente, mencionó aspectos relacionados con la política pública de seguro complementario y la continuidad de prestaciones en caso de disolución de las ISAPRES, resaltando la necesidad de atribuciones para licitar seguros voluntarios privados y garantizar la continuidad de la cobertura para diferentes situaciones extremas.

El Diputado Naranjo preguntó sobre la capacidad de los prestadores privados para recibir la gran cantidad de personas que migrarán desde las ISAPRES hacia FONASA con la modalidad de cobertura complementaria, cuestionando si estos prestadores, algunos de los cuales están vinculados a las ISAPRES, tendrán la capacidad para atender a este nuevo flujo de pacientes en el sector privado.

La Ministra de Salud afirmó que los prestadores privados están preparados y expectantes ante la posibilidad de un mayor uso eficiente de la prestación privada, destacando que una proporción significativa de la atención privada ya se destina a FONASA a través de diversas modalidades, como la libre elección y la ley de urgencia. Además, se señala que la prestación privada también puede realizarse en establecimientos públicos lo que podría contribuir a mantener más especialistas en los referidos establecimientos.

Sometidos a votación los numerales 1), 2), 4) y 5) del artículo 1º estos fueron aprobados por seis votos de los diputados presentes. Votaron a favor los

diputados Barrera, Bianchi, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans. Votó en contra el diputado Romero. Se abstuvieron los diputados Cid, Mellado, Ramírez y Von Mühlenbrock (6-1-4).

Numeral 3

Sometido a votación el numeral 3), en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, este fue aprobado por la unanimidad de los once diputados presentes. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. (11-0-0)

Numerales 9, 11 y 12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los precios que cobrarán las Isapres por las Garantías Explícitas de Salud así fijados se entenderán justificados para todos los efectos legales. Estos precios entrarán en vigencia junto con el decreto que hace referencia el literal a)”.

Sometido a votación los numerales 9), 11) y 12) del artículo primero, estos fueron aprobados por once votos. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el diputado Sepúlveda. (11-1-0)

Numeral 10

10) Reemplázase el inciso segundo del artículo 198, por el siguiente:

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

El Superintendente explicó que este numeral se gestó en el inicio de la generación del proyecto de ley, es decir hace más de un año, y en ese contexto era incipiente la fórmula de adecuación precio base, que mezclaba tanto el ICESA como primer techo y la verificación que se estableció a propósito del primer grupo de sentencias de la Corte Suprema. La ley que crea el ICESA establece que si la variación de los costos de las ISAPRES es negativo, no hay alza de precio pero tampoco baja. Como se quiere incentivar la mayor eficiencia y que no se traspase el costo a precio lo ideal sería mantener eso e incentivar a que las ISAPRES puedan tener una variación de costos negativas y puedan tener ganancias sin imputar esto a mayor precio, siendo aquello el escenario ideal. Refirió que si se eliminaba esto estableciendo que una variación de costo negativa implique una baja de precios el incentivo sería a la inversa, es decir, que las ISAPRES gasten más para subir sus valores. En definitiva mantener la norma tal cual como está incentivaría a mejor eficiencia por parte de las ISAPRES y tendría menos impacto en los usuarios. Graficó lo anterior con lo ocurrido con la ISAPRE Consalud el año pasado que al tener una variación de costo negativa no elevó sus precios.

El Diputado Sepúlveda consultó como se ajusta a la baja, si actualmente opera o como operaría.

El Diputado Ramírez, a fin de considerar lo expuesto por el Superintendente, solicitó confirmar si en definitiva deben votar a favor o en contra del numeral en estudio.

El Superintendente aclaró que él solo sugiere y que son los parlamentarios quienes deliberan, sin embargo, respondió que modificar el sistema actual de acuerdo al numeral 10) generaría un incentivo al aumento de los costos por las ISAPREs. Mientras que si la variación de costos es negativa no hay alza pero tampoco hay baja, es un ingreso para las ISAPREs.

El Diputado Barrera reiteró la solicitud de aclaración.

El Superintendente aclaró que esta indicación se gestó en los inicios, sin un sistema de verificación firme. Hoy ya está firme por la sentencia de la Corte Suprema. Esta norma buscaba disminuir la judicialización pero actualmente tendría un sentido contrario.

El Diputado Mellado consultó sobre cuál sería la ganancia para los usuarios.

El Superintendente destacó que lo que se calcula no es un nuevo precio, sino una variación de costo interanual y explicó que la eficiencia radica en que las empresas aumenten sus márgenes sin elevar los costos para los usuarios. Mencionó que la ley permite aumentos anuales por sobre la UF, siempre que se justifiquen en la variación de costos, lo que implica un aumento anual, pero enfatizó en que eliminar este incentivo conduciría a un aumento de los costos de las empresas para poder recuperarlos a través del precio, perjudicando así a las personas.

El Diputado Sepúlveda, comprendiendo la explicación propuesta por el Superintendente, señaló que la tendencia natural de las ISAPREs es aumentar los costos y afirmó que los controles y verificaciones existentes deben asegurar que esto no ocurra. Expresó escepticismo hacia la idea de que las ISAPREs cambiarán su comportamiento si se aprueba la indicación por su tendencia. Concluyó enfatizando la necesidad de una supervisión rigurosa para evitar abusos y aumentos injustificados de costos.

El Superintendente expresó que mantener la norma del numeral 10) acentuaría el comportamiento de aumento de variación de costos de las ISAPREs, traspasándose al precio, pues no habría un incentivo a disminuir los costos.

Indicación al numeral 10) del artículo 1º

Del Diputado Sepúlveda:

Para reemplazar el número 10) del artículo primero por el siguiente:

“10) Reemplázase el inciso segundo del artículo 198, por el siguiente:

‘En el evento de que el indicador sea negativo, los precios **deberán** ajustarse a la baja.’”.

La Secretaría señaló que la indicación sería inadmisibles por tratarse de materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, en particular el numeral 6º del inciso cuarto del artículo 65 de la Constitución Política de la República, atendido que

modificaría normas sobre seguridad social o que incidan en ella, tanto del sector público como del sector privado.

La indicación fue declarada inadmisibile por la Presidenta.

El Diputado Sepúlveda solicitó la votación sobre la admisibilidad de la indicación.

Sometida a votación la admisibilidad de la indicación al numeral 10) del artículo 1º esta fue rechazada por no alcanzar el quórum de aprobación. Votó a favor el diputado Sepúlveda. Votaron en contra los diputados Barrera, Cid, Naranjo, Rojas, Romero, Sáez y Yeomans. Se abstuvieron los diputados Bianchi, Cifuentes, Mellado, Ramírez y Von Mühlenbrock. (1-7-5).

Sometido a votación el numeral 10) del artículo 1º fue rechazado por once votos. Votó a favor el Diputado Sepúlveda. Votaron en contra los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvo el diputado Cifuentes. (1-1-11).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La circular a que se refiere el presente artículo también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1) y 2), así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.

La Ministra de Salud expuso que el artículo segundo regula la circular que la Superintendencia debe emitir para dar cumplimiento con el fallo de la tabla de factores. Este artículo faculta a la Superintendencia para instruir a las ISAPREs a adecuar sus planes a esta tabla única de factores, sin permitir alzas en los contratos de salud, como dictaminó la Corte Suprema. Enfatizó la importancia de seguir las recomendaciones de la comisión técnica del Senado. Además, se especifica que la adecuación de los precios finales no puede resultar en una reducción del precio pactado de los contratos por debajo del valor de la cotización legal para la salud. Se requiere a las ISAPREs informar sobre contratos con precios finales inferiores y restituir las cantidades percibidas en exceso desde abril del 2020 debido al proceso de adecuación de la tabla de factores, cuya mecánica del pago se detalla en el artículo tercero.

Sometido a votación el artículo 2° fue aprobado por ocho votos a favor y cinco abstenciones. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cifuentes, Naranjo, Rojas, Sáez, Sepúlveda y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados Cid, Mellado, Ramírez, Romero y Von Mühlenbrock (8-0-5).

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

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el

número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

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

c) Una propuesta para incorporar en todos los contratos que administre la Institución, una prima extraordinaria correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.

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

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

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

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

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

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

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto

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

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

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

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

La Ministra de Salud expuso que artículo tercero regula el proceso de evolución de la deuda y solicita un plan de pago y ajustes que debe presentarse por parte de las ISAPREs, sujeto a aprobación por la Superintendencia de Salud, previa consulta al Consejo Consultivo, el que debe incluir una propuesta de devolución de la deuda, que puede ser a través de excedentes o efectivo, y anunció el ingreso de una indicación para permitir el uso de instrumentos financieros. Además debe presentarse una propuesta de reducción de costos por parte de la industria y una propuesta de prima extraordinaria, en caso de que se requiera por beneficiario, la que no puede considerar el déficit de las ISAPREs previo al 30 de noviembre de 2022, limitada al 10% de aumento máximo comparado con lo cotizado por el plan en julio de 2023.

Señaló que la finalidad de la prima extraordinaria es reconocer que en la nueva situación post-fallo el sistema privado no obtiene los ingresos suficientes para cubrir las prestaciones de sus afiliados. Por lo mismo, el proyecto permite la aplicación de una prima extraordinaria que ayude a alcanzar el equilibrio financiero necesario para cubrir todos sus costos, especialmente para que los afiliados estén tranquilos de que sus aseguradoras podrán efectivamente pagar por sus prestaciones. En tal sentido, el espíritu de la norma es que la prima permita a las aseguradoras llegar al equilibrio que les permita cubrir sus costos cuidando nunca incluir en esta ecuación las utilidades de la industria. Refirió que la idea de esta prima es que las ISAPREs puedan tener ingresos suficientes para cumplir con todas sus obligaciones, pero nunca para obtener utilidades. Por lo mismo, si producto de las otras medidas del proyecto y de otras leyes alguna ISAPRE ya está en un equilibrio para cubrir sus obligaciones, entonces no podrá aplicar alza extraordinaria alguna. Por eso, la redacción de la norma apela a las prestaciones de los afiliados a fin de excluir del análisis financiero cualquier utilidad de las ISAPREs.

Continuó señalando que en virtud de indicación en la Comisión de Salud y por aplicación del fallo del Tribunal Constitucional se eliminó la regla de la mutualización. Se establece un plazo máximo de 10 años para el pago de la deuda, debiendo las ISAPREs contemplar mecanismos a fin de que las personas mayores de 80 años sean pagadas íntegramente dentro de los primeros 24 meses de implementación del plan de pago, lo que representa aproximadamente el 10% de la deuda. Además, se establece la regla respecto a personas mayores de 65 años, la que debe ser pagada en los primeros 72 meses, manteniendo el máximo de 10 años. Con ello se prioriza el pago para las personas mayores.

Finalizó explicando que se regula el procedimiento de aprobación del plan de pago y ajuste por la Superintendencia, previa recomendación del Consejo Consultivo.

El Diputado Ramírez consultó sobre la indicación que permite el pago por bonos, confirmando que se establece en un nuevo artículo 6º.

El Diputado Mellado preguntó sobre el monto exacto al que asciende la deuda real.

Indicaciones al artículo 3º

1. De los Diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans

“Al artículo 3, Inclúyase en la letra b) del inciso primero, luego del punto aparte que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Esta propuesta deberá incluir un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados”.

La Diputada Yeomans afirmó que se presentaron indicaciones. La primera respecto a la letra b) relativa a la propuesta de reducción de costo e implica establecer un marco cierto para la propuesta que se pueda presentar, que debe incluir un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de la atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados.

El Ejecutivo consultó si los requisitos señalados en la indicación a la letra b) se tratarían de un contenido mínimo por cumplir en la propuesta.

La Diputada Yeomans confirmó al ejecutivo que respecto a la indicación a la letra b) del inciso primero del artículo 3º los requisitos ahí señalados son un mínimo, manifestándose favorablemente a modificarlo en tal sentido.

La Secretaría dio lectura a la indicación presentada a la letra b) del inciso primero del artículo 3º, señalando que es admisible.

La Ministra de Salud consultó sobre el significado de atención progresiva.

La Diputada Yeomans (Presidenta) aclaró que implica que se vaya atendiendo desde la atención primaria de salud y así progresivamente. Establecida su admisibilidad, propuso acordar aspectos para su mejor formulación. En tal sentido acogió que se trate de un mínimo, dejándolo explícitamente en la indicación.

La Ministra de Salud sugirió especificar lo señalado en la indicación sobre el establecimiento de atención progresiva en cuanto puede modificar las condiciones de

entrega de los servicios que tienen actualmente los contratos de ISAPREs, es decir, si es que se refiere a una definición que exige que las personas tengan un cierto trayecto de atención que hoy no se establece como obligación en los contratos sino que funcionan más bien como modalidad libre elección. Sobre las restantes condiciones señaló no tener reparos.

Los autores de la indicación acordaron modificar su tenor en el siguiente sentido:

“Al artículo 3, inclúyase en la letra b) del inciso primero, luego del punto aparte que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados”.”.

El Diputado Mellado, al emitir su voto, argumentó cuestionando la admisibilidad de la indicación, pues en su opinión es administración financiera de las ISAPREs.

El Diputado Romero, al emitir su voto, sostuvo que le parece redundante la consagración de estos requisitos, pues en su concepto sería la regla general, cuestionando los efectos de la consagración expresa.

Sometida a votación la indicación, con la modificación acordada, fue aprobada por nueve votos de los diputados presentes. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Naranjo, Rojas, Sáez, Sepúlveda y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados, Mellado, Ramírez, Romero y Von Mühlenbrock (9-0-4).

2. De los Diputados Barrera, Bianchi, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans Al artículo 3º inciso undécimo

“Para agregar luego de la frase “o en la ejecución de este” y la frase “se sancionará de acuerdo con lo establecido en el capítulo VII”, lo siguiente: *“generará intereses de acuerdo a la tasa máxima convencional”*.”.

El Diputado Sáez anunció que presentaron una indicación en su inciso undécimo, que guarda relación con las sanciones según lo señalado en el capítulo VII, a fin de considerar intereses en el pago de la deuda. Explicó que si, una vez establecido el plan de pago, este no se cumple, si debiese devengar intereses moratorios.

El Diputado Bianchi consultó si es posible pedirle el patrocinio al Ejecutivo sobre la indicación referida.

La Diputada Yeomans consultó al ejecutivo su parecer respecto de las otras dos indicaciones efectuadas al artículo 3º.

La Ministra de Salud sostuvo que estarían de acuerdo en relación con la indicación al inciso undécimo del artículo 3º referida a los intereses moratorios frente al incumplimiento del plan del pago una vez establecido.

El Diputado Cifuentes, a propósito de la indicación al inciso undécimo y en relación con el contenido actual del proyecto de ley, consultó en qué parte queda establecido que no se pagarán intereses sobre la deuda.

El Diputado Bianchi pidió al Ejecutivo que se pronuncie sobre la opción de patrocinar la indicación al inciso undécimo, la que, si bien es admisible, sería el ideal acogerla, atendido el compromiso otorgado previamente.

La Diputada Cid solicitó confirmar que se esté tratando del incumplimiento en la entrega del plan de pago y ajustes y no sobre el no pago.

El Diputado Sepúlveda consultó sobre si la deuda está acumulando actualmente intereses.

El Diputado Ramírez preguntó al ejecutivo sobre la constitucionalidad de la indicación que se ha presentado, en el sentido de aclarar si se trata de seguridad social.

La Secretaría aclaró que el interés moratorio estaría inserto respecto del incumplimiento en la presentación del plan de pago y ajustes.

El Diputado Cifuentes considerando que la deuda aun es indeterminada, sostuvo que es difícil el establecimiento de un interés en la actualidad, sin embargo, una vez que se reconoce la deuda desde ese minuto debiese haber un pago de intereses. Continuó afirmando que la indicación se refiere al incumplimiento del plan, pero consultó sobre qué ocurre con el incumplimiento en el pago establecido en ese plan.

La Ministra de Salud afirmó que el Ejecutivo considera atendible que si hay un plan de pago y no se ejecuta en el plazo establecido se genere interés moratorio, por el simple atraso en la ejecución. En tal sentido sostuvo la redacción debiera recoger el interés solamente en la ejecución, no sobre en la entrega del plan pues para ese efecto se establecen las otras sanciones. Por lo tanto, propone aclarar la redacción.

Con respecto al pasivo, señaló que lo establecido por la Corte Suprema es un cobro en exceso, no un préstamo. Este cobro en exceso está definido en unidad de fomento y se actualiza, por ello no consideran necesario calcular una deuda adicional sobre el cobro en exceso, ya que este estará en moneda actualizada cuando se determine y se entregue el listado de la cantidad adeudada por persona.

El Diputado Romero sostuvo estar de acuerdo en que, si existe una deuda determinada y un plan de pago que no se cumple, esa deuda debería generar intereses moratorios. Sin embargo, señaló que la entrega del plan de pago tiene otras responsabilidades y sanciones que están reguladas. Propuso incorporar, al final del inciso tercero, a continuación de la oración “en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes” la expresión “e intereses”.

El Diputado Mellado apoyó la propuesta del Diputado Romero y afirmó que no se puede agregar interés máximo convencional, pues con ello se afectaría la administración financiera de la Isapre y por tratarse de una materia de seguridad social.

El Diputado Sáez agradeció la disposición de los diputados que le antecedieron y comentó que al acordar la indicación se analizaron las alternativas y se consideró que la interacción entre las ISAPREs y la Superintendencia genera un lapso prolongado y una incertidumbre sobre si se terminará pagando o no. Por esta razón, se optó por la redacción presentada.

El Diputado Cifuentes reiteró la consulta sobre cuando se oficializa la deuda ya que, en dicho momento, como toda deuda exigible, se generaría intereses sobre el capital, con lo cual solicitó una aclaración respecto a lo que ocurre en este caso. En segundo lugar, preguntó sobre posibilidad de que algún afiliado reclame por sentirse perjudicado por el plan de pago y, en tal caso, cuando debiese entenderse como deuda reconocida, exigible y que genere intereses.

El Diputado Sepúlveda solicitó aclarar cuando se determina exactamente el monto exacto de la deuda, ya que considera que es necesario tener esta información para estructurar un plan de pago. Asimismo, manifestó la importancia de entender cómo opera el proceso antes de presentar un plan de pago

La Diputada Rojas pidió confirmación al Ejecutivo sobre los sistemas de pago, entendiendo que luego de establecer un monto de deuda, se elabora un plan de pago y frente al incumplimiento, se aplican intereses sobre el monto establecido. Consultó sobre el punto central de la pregunta efectuada respecto a la indicación que se debate, la que parece ir en el mismo sentido, tal como lo planteó, en otra fórmula, el Diputado Romero.

La Ministra de Salud explicó que el cobro en exceso se establece según lo dictaminado por la Corte Suprema, que surge de la aplicación de la tabla de factores. Esta deuda sigue creciendo mensualmente, ya que las personas siguen pagando sin que se aplique la tabla de factores. La Superintendencia calcula y actualiza esta deuda mensualmente para establecer el techo de la prima y evaluar el flujo financiero de las ISAPREs. El problema radica en que los ingresos de las ISAPREs son insuficientes para cubrir las prestaciones. La propuesta del ejecutivo incluye establecer cuentas individuales para las personas que pagaron en exceso. Aclaró que están de acuerdo en que, si no se cumple el plan de pago, se apliquen intereses moratorios. Agregó que la deuda será conocida por la Superintendencia, que verificará el plan de pago con la lista de personas adeudadas. Por tanto, la deuda no solo la calculan las ISAPREs, sino que la Superintendencia también tiene una estimación de esta. Las ISAPREs deben proporcionar un listado detallado de las personas a las que adeudan y el plan de pago correspondiente.

El Diputado Bianchi destacó la necesidad de conocer la estimación de la deuda por parte de la Superintendencia. Enfatizó que la indicación presentada busca dar oxígeno a las ISAPREs sin incentivar el incumplimiento, ya que no se les exige pagar intereses en caso de incumplimiento.

El Superintendente señaló que la magnitud de la deuda se calcula en unidades de fomento (UF) y se basa en la diferencia entre lo que se debería haber cobrado y lo que realmente se cobró. Aclara que no se proporciona un valor específico porque se trata de un pasivo contingente que no será real hasta que sea exigible la deuda, lo que será así una vez aceptado el plan de pago presentado y sería irresponsable dar una cifra precisa en este momento. La deuda será conocida una vez que se presente y acepte el plan de pago, y cuando se aplique la tabla única de factores, pero estimó que la deuda es de alrededor de un billón de pesos.

La Diputada Yeomans a propósito de la indicación que se debate, manifestó que habría mayor acuerdo, incluyendo al Ejecutivo sobre un texto que propone en los siguientes términos:

“Para incluir, en el inciso final del artículo 3, la siguiente oración

luego del punto final que pasa a ser seguido: ‘En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.’”.

El Diputado Bianchi expresó su preocupación por la posibilidad de que la industria de las ISAPREs no pague intereses por los abusos cometidos históricamente, señalando que esto sería inaceptable. Aunque agradeció que el Ejecutivo haya corregido y acogido parte de lo discutido, advirtió que no se debe subestimar la resistencia de la industria a aceptar cambios significativos. Instó a considerar la importancia de mejorar el sistema público de salud y encontrar un equilibrio justo entre las necesidades del sector público y privado, para asegurar que las ISAPREs sobrevivan económicamente en condiciones justas y asuman su responsabilidad por los abusos cometidos.

El Diputado Cifuentes expresó su agradecimiento al Gobierno por considerar una indicación que ve como un avance, toda vez que, una vez reconocida la deuda, se apliquen intereses adicionales. Consideró incomprensible que, una vez fijado el monto objetivo de la deuda por la Superintendencia, no se apliquen intereses.

El Diputado Romero destacó que la ley es excepcional y que es importante entenderla en su contexto. Propuso que, si la Superintendencia fija un plan de pago considerado absurdo, debería ser devuelto para su reformulación. Además, defendió el rol de la Superintendencia y rechazó la idea de que beneficie a corruptos, afirmando que confía en su capacidad para hacer cumplir la ley. Propuso que, en casos donde las instituciones de salud no cumplan con los pagos, se les impongan intereses, pero confía en la supervisión adecuada para garantizar que se cumplan los fallos. Consideró que es crucial permitir que la ley entre en vigencia para poder evaluar su efectividad y fiscalizar su aplicación, confiando en la capacidad de la Superintendencia para cumplir su rol en el proceso.

La Ministra Aguilera enfatizó en la importancia de incorporar el cobro de intereses en caso de retraso en el pago de las cuotas del plan de pago. Destacó que estos cobros estarán separados en cuentas corrientes individuales, una deuda que debe tratarse de manera especial por su impacto en el patrimonio de la industria. Subrayó que este proyecto de ley busca facilitar el cumplimiento de las sentencias, dada la complejidad de garantizar el pago adecuado frente a ingresos insuficientes.

Puesta en votación la indicación, conforme al texto acordado por la Comisión, fue aprobada por nueve votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Rojas, Romero, Sáez y Yeomans. Se abstuvo el Diputado Cifuentes.

3. De los Diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans

Para agregar, en el artículo tercero, los siguientes incisos duodécimo, decimotercero, decimocuarto y final, nuevos:

“El o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Institución de Salud Previsional serán solidariamente responsables de los pasivos remanentes impagos.

En caso que el controlador participe de la propiedad de una nueva Institución de Salud Previsional, se aplicará la prohibición del inciso 1° del artículo 6° de la presente ley, hasta el pago total de la deuda referida en este artículo.

Asimismo, el o los mayores accionistas o aportadores de capital de la

Institución de Salud Previsional no podrán celebrar contratos con la Administración del Estado.

La enajenación de bienes ejecutadas por las Instituciones de Salud Previsional con intención fraudulenta de disminuir su patrimonio en perjuicio de los acreedores serán nulos”.

La Diputada Yeomans afirmó que se presentaron la indicación señalada y consultó al Ejecutivo su impresión a propósito de la responsabilidad solidaria. En definitiva, entregó copia de las indicaciones con la intención de que se pueda revisar u otorgar otra fórmula. Añadió que lo que interesa o a lo que se refiere la indicación en dicho caso es que quienes sean mayores accionistas aportadores de capital de la institución de salud provisional serán solidariamente responsables de los pasivos remanentes impagos. La lógica que hay detrás es que la deuda se pague.

Asimismo, expresó su preocupación por la dificultad de perseguir la responsabilidad más allá de la personalidad jurídica en casos de quiebra de las ISAPREs. Planteó la posibilidad de que las mismas personas involucradas en la gestión de una ISAPRE en quiebra puedan iniciar una nueva entidad con diferente personalidad jurídica, evadiendo así las responsabilidades. Propuso buscar un mecanismo que permita abordar esta problemática y se mostró abierta a considerar alternativas para mejorar el proyecto en ese sentido.

La Ministra de Salud sostuvo, respecto a esta indicación que acogerla es más complejo desde una perspectiva legal.

El Diputado Sáez señaló que la indicación planteada presenta complejidades que van más allá del tema actual en discusión. Expresó la idea de que, en casos donde una persona jurídica busca evadir responsabilidades, podría considerarse responsabilizar individualmente a quienes representan legalmente a esa entidad al momento de suscribir acuerdos. Sugirió que esta podría ser una forma de abordar el problema sin recaer la responsabilidad en otra persona jurídica o miembro de la entidad.

El señor Pérez argumentó en contra de la propuesta, mencionando que va en contra del espíritu de la legislación actual que establece la responsabilidad patrimonial de las entidades jurídicas, no de las personas individuales. Señaló que el representante legal no necesariamente estuvo involucrado en los abusos cometidos por la empresa y cargarlo con esa responsabilidad sería excesivo e inconstitucional. Además, destacó que el proyecto de ley ya contempla sanciones para quienes incumplan con el plan de pago, incluyendo multas y sanciones administrativas, y propuso explorar alternativas como los bonos caucionados para garantizar el pago de las deudas.

El Diputado Bianchi propuso buscar una mejor salida y alcanzar un acuerdo con el Ejecutivo antes de votarla en la sala, ya que considera que podría no ser aprobada en su forma actual. Instó al ejecutivo a recoger parte de sus preocupaciones para encontrar una solución más aceptable.

El Diputado Sáez destacó que la indicación aborda no solo la responsabilidad solidaria, sino también la prohibición de contratar con el estado y la simulación de bienes por parte de las instituciones de salud, con el objetivo de disminuir su patrimonio y perjudicar a los acreedores, lo cual sería considerado nulo. Sugirió que la propuesta del Diputado Bianchi de posponer la discusión para analizarla más a fondo era razonable y permitiría una mayor profundización en el tema.

El Diputado Romero consultó a la Secretaría si esta indicación se enmarca en las ideas matrices. La Secretaría dio lectura a las ideas matrices del proyecto de ley, señalando que la propuesta estaría comprendida dentro del objetivo del proyecto que busca dar estabilidad al sistema.

La indicación al artículo tercero, para agregar los nuevos incisos, fue retirada por sus autores.

El artículo tercero, con las modificaciones acordadas, fue aprobado por once votos a favor y dos abstenciones. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados Cifuentes y Sepúlveda.

Indicación del Ejecutivo:

Para incorporar, a continuación del artículo 5°, el siguiente artículo 6°, nuevo, pasando el actual artículo 6° a ser 7°, y así sucesivamente:

“Artículo 6°.- Mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajustes descrito en el artículo 3°, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia de dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a las personas afiliadas títulos representativos de deuda a largo plazo por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes referida en el artículo 5°. Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. En ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda. Estos títulos se registrarán por lo dispuesto en la ley N°18.045, Ley de Mercado de Valores.”.

El Diputado Romero expresó su opinión de que la ley plantea una situación tan compleja que la inclusión de un elemento adicional al plan de pago podría ser una mala idea. Argumentó que el propósito debería ser que las ISAPREs proporcionen prestaciones y bonificaciones a los afiliados en lugar de utilizar herramientas financieras que no están destinadas para ese fin. Con base en este principio, indicó que votaría en contra de la propuesta.

Puesta en votación, la indicación fue aprobada por once votos de los diputados presentes. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el Diputado Romero. (11-0-1)

Disposiciones transitorias

Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá celebrarse mediante contratación directa previa consulta al mercado, en cuyo caso su duración no podrá exceder de los veinticuatro meses y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, la cual deberá ser suscrita, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá hacer el llamado a licitación con la debida anticipación a fin de garantizar la continuidad del

funcionamiento de la modalidad.

Respecto a la consulta al mercado, esta deberá contener al menos los elementos señalados en los literales b), e), f), g), j) y k), del artículo 144 sexies ya referido, los que se entenderán incorporados a la suscripción del contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso primero, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis y siguientes del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”

La Ministra Aguilera explicó que el artículo segundo transitorio es una disposición temporal que establece un límite de 24 meses para el trato directo en la contratación de modalidades de cobertura complementaria. También mencionó que se propuso realizar consultas públicas al mercado antes de la contratación para garantizar transparencia en el proceso. Estas consultas se llevan a cabo en un portal de FONASA para recabar intereses de distintos proveedores. La finalidad es reforzar la participación de potenciales interesados y asegurar la transparencia en el proceso. Además, este artículo faculta para arreglar convenios con los prestadores de salud incluso si el contrato con FONASA está en vigencia. complementó explicando que los artículos permanentes establecen tanto licitaciones como tratos directos en la primera oportunidad para implementar la modalidad de cobertura complementaria de manera ágil. Mientras que la licitación requiere más tiempo de preparación, el trato directo se llevará a cabo en un plazo más corto. Además, mencionó que las cláusulas del contrato incluyen disposiciones similares a las de una licitación. El plazo de 24 meses asegura que el sistema no se detenga y se realice una evaluación después de su implementación.

El Diputado Ramírez expresó su preocupación sobre el trato directo en las licitaciones, señalando que este tipo de enfoque podría beneficiar a una empresa específica en detrimento del principio de licitación abierta. Destacó que incluso con consultas al mercado, el trato directo puede llevar a una perpetuación de contratos con una sola empresa. Argumentó que, aunque se diga que el trato directo podría ser más rápido, no justifica abandonar el principio fundamental de licitación abierta. Concluyó que, aunque votará a favor de otras normas transitorias, esta, en particular no la apoyará.

El Diputado Mellado advirtió que, por tratarse de una norma de quórum calificado, esta no será aprobada en la Sala en los términos actualmente propuestos.

Puesto en votación el artículo segundo transitorio, resultó rechazado por no alcanzar el quórum de aprobación. Votaron a favor los Diputados Barrera, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans. Votaron en contra Cid, Cifuentes, Mellado, Ramírez, Romero y Von Mühlenbrock. Se abstuvo el Diputado Bianchi.

Artículo tercero. El artículo 144 quáter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud incorporado por el numeral 5) del artículo 1°, entrará en vigencia a contar del tercer año de la publicación de esta ley. Previo a ello, la Modalidad de Cobertura Complementaria no incluirá al seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad

no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial.

El Director de FONASA mencionó que acogieron comentarios de la industria sobre la dificultad de estimar una prima de seguro catastrófico. Por ello, consideraron que podría implementarse después de tres años, comenzando en el tercer año. Las licitaciones incluirían esta condición. Además, explicó que el seguro catastrófico se basa en un modelo nuevo ajustado a los costos de la clínica privada y funciona en base a la aceptación de convenios de los proveedores, lo que determina los precios.

El Diputado Romero expresó su confusión sobre la incorporación tardía de la modalidad catastrófica, señalando que esta modalidad es distinta a otras. Explicó que, en la modalidad catastrófica, ante una enfermedad grave, el asegurador se hace cargo y el asegurado paga hasta una cantidad determinada. Preguntó si durante esos años las personas no tendrían cobertura complementaria de salud.

El Director de FONASA destacó la complejidad de los sistemas de seguridad social en salud y señaló que la modalidad de cobertura complementaria se establece para proporcionar una cobertura financiera completa. Explicó que las compañías de seguros necesitan calcular una prima adicional y requieren más información sobre la cantidad de personas que optarán por esta modalidad y cuál será su siniestralidad. Aclaró que si una persona comienza a tener gastos catastróficos, siempre puede trasladarse a la modalidad institucional para obtener una cobertura total. También mencionó que en algunos casos, FONASA debe derivar a personas a prestadores privados debido a la falta de camas críticas en el sector público, lo cual genera un gasto significativo. Además, mencionó otras herramientas disponibles, como el sistema de centro de atención priorizado y la ley de urgencia, que permiten la atención donde sea necesaria.

La Ministra Aguilera explicó que la modalidad complementaria está disponible para todas las personas que cotizan en FONASA. Aclaró que la prima plana permite generar solidaridad para reducir las diferencias entre las personas con diferentes niveles de recursos. En cuanto a la cobertura catastrófica, señaló que no se limita a una enfermedad específica, sino que cubre los costos catastróficos en general. Esta cobertura tiene un deducible y una vez superado este monto, comienza a cubrir los copagos, asegurando que las personas no paguen más allá de cierto límite. Destacó que las personas con enfermedades catastróficas sí tendrán cobertura durante los primeros tres años en la modalidad complementaria, incluyendo consultas de especialidad, exámenes y procedimientos quirúrgicos.

El Diputado Mellado expresó su preocupación por la gestión del gobierno en los primeros dos años, señalando que no ha cumplido con las expectativas de sus votantes. Criticó el uso de técnicas de mercado en un servicio como la salud, donde el oficialismo considera que el Estado debería ser el responsable de asignar recursos. También planteó interrogantes sobre cuánto se espera recaudar con este servicio, cuántos contribuyentes participarán y cuál será la contribución del Estado en este sistema.

El Director de FONASA explicó que la política se establece considerando la situación del país en su conjunto, comparando cómo será en el futuro con respecto a cómo es en el presente. Destacó que la equidad se debe medir en función de estas consideraciones a nivel nacional y de seguridad social, no solo en términos de la experiencia individual de los asegurados. Aclaró que no se trata de fondos estatales, sino de una reestructuración del financiamiento basada en que las personas en el sistema ISAPRE ahora

pagan un promedio del 11% de su renta en lugar del 7%. Esta brecha de financiamiento puede destinarse a pagar una prima comunitaria más equitativa que complemente el 11% existente. Afirmó que el proyecto no genera un costo adicional y que el informe financiero establece que las personas que emigren generarán un ingreso del 7%. Además, explicó que los seguros catastróficos pueden cubrir tanto el riesgo de enfermedad como el riesgo financiero, y que el seguro propuesto se centra en el riesgo financiero y de copago.

El Diputado Romero expresó su preocupación sobre que quienes pasen de las ISAPRE a la modalidad complementaria puedan pagar una prima adicional y, además, que, durante tres años, si padece una enfermedad catastrófica, puedan excluir de la cobertura. Esto podría llevar a que pierdan beneficios y derechos, y contribuiría a aumentar las listas de espera en los hospitales públicos. Por estas razones, indicó que votaría en contra de esta norma y pidió claridad sobre si este es realmente el funcionamiento propuesto y cómo afectaría a las personas.

El Director de FONASA explicó que la comparación se realiza con la situación actual, no con quienes utilizan la ISAPRE. Destacó que no están buscando igualar las coberturas que las personas tienen actualmente en el sistema privado, sino ofrecer una alternativa. Señaló que cuando una persona se atiende en el sistema ISAPRE, tiene una cobertura promedio del 65% de los costos, mientras que a través de la modalidad de cobertura complementaria que proponen, se busca cubrir el 38% de brecha, lo que debería ser cubierto por los aseguradores. Aclaró que la propuesta no busca replicar las condiciones actuales, sino ofrecer una cobertura equivalente. Destacó que habrá un arancel establecido que contendrá los pagos hospitalarios, lo que reduce la probabilidad de costos catastróficos.

La Diputada Rojas planteó que el problema surgía porque las ISAPRE estaban abusando de su posición, lo que llevó a la necesidad de este proyecto para abordar la situación. Señaló que había usuarios que podrían querer migrar al sistema de FONASA si pudieran pagar un extra y recibir mejores servicios. Destacó que durante años las ISAPREs habían discriminado por edad y estado de salud, lo que llevaba a que las personas llegaran al sistema público en situaciones precarias. Consideró necesario fortalecer FONASA y adaptarlo a las necesidades de los usuarios que deseaban migrar del sistema privado. Planteó que el proyecto no era ideal y aspiraba a un sistema de salud único y universal, pero reconoció que actualmente se estaban haciendo cargo de la situación de los usuarios del sistema ISAPRE.

La Ministra Aguilera señaló que durante los primeros dos años no habrá una cláusula que limite el copago, pero sí tendrá cobertura complementaria quien necesite contratar la prima y que pueda acceder a todas sus necesidades de salud relacionadas con consultas médicas.

Puesto en votación el artículo tercero transitorio, resultó aprobado por doce votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvo el Diputado Romero.

Artículo duodécimo.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.

Puesto en votación el artículo duodécimo transitorio, resultó aprobado por doce votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera,

Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el Diputado Romero.

Artículo séptimo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

Una vez otorgada la o las prestaciones autorizadas por el Fondo Nacional de Salud, el prestador de salud que la hubiese realizado derivará a la persona beneficiaria a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, seguirán corriendo sin interrupción.

Artículo octavo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.

Artículo noveno.- Respecto de las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional a las que ésta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, y que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan solicitado expresamente a la Institución esta cobertura, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al tratamiento, manteniendo el prestador o derivándolo a otro que asegure condiciones sanitarias similares. Para estos efectos el Fondo podrá celebrar los convenios correspondientes.

Artículo décimo.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos séptimo, octavo y noveno, transitorios, de la presente ley.

Artículo decimotercero.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al

presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

Puestos en votación los artículos transitorios séptimo, octavo, noveno, décimo y décimo tercero, resultaron aprobados por la unanimidad de los trece Diputados presentes. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans.

Por las razones expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda aprobar el proyecto de ley en lo referido a las normas sometidas a su conocimiento, en los términos señalados.

Tratado y acordado en la sesión ordinaria de martes 16 de abril, y en la sesión especial y ordinaria de miércoles 17 de abril del año en curso, con la asistencia presencial de los diputados señores, Boris Barrera Moreno, Carlos Bianchi Chelech, Ricardo Cifuentes Lillo, Miguel Mellado Suazo, Jaime Naranjo Ortiz, Guillermo Ramírez Diez, Agustín Romero Leiva, Jaime Sáez Quiroz, Alexis Sepúlveda Soto, Gastón Von Mühlenbrock Zamora y señoras Sofía Cid Versalovic, Camila Rojas Valderrama y Gael Yeomans Araya (Presidenta).

Asimismo, en la sesión ordinaria de martes 16 de abril asisten los diputados señores Tomás Lagomarsino Guzmán y Héctor Ulloa Aguilera.

Sala de la Comisión, a 18 de abril de 2024.

MARÍA EUGENIA SILVA FERRER
Abogado Secretaria de la Comisión