

**INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA,** recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, 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 previsual.

**BOLETÍN N° 15.896-11**

---

**HONORABLE SENADO:**

Vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de informar acerca del proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font, con urgencia calificada de “discusión inmediata”.

Cabe señalar que el proyecto de ley fue aprobado previamente, en general y en particular, por la Comisión de Salud.

A la Comisión de Hacienda, en tanto, le correspondió pronunciarse sobre los asuntos de su competencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y a lo acordado por la Sala del Senado con fecha 9 de mayo de 2023.

Se hace presente que en lo concerniente a los antecedentes jurídicos y de hecho del proyecto de ley en informe, la Comisión de Hacienda se remite a lo expresado en su informe por la Comisión de Salud.

- - -

A una o más sesiones en que la Comisión trató esta iniciativa legal asistieron, además de sus miembros, los Honorables Senadores señores Chahuán y Edwards.

Concurrieron, asimismo:

Del Ministerio de Salud, la Ministra, señora Ximena Aguilera; el Jefe División de Planificación Sanitaria, señor Manuel Najera; el abogado, señor Manuel Pérez, y el asesor, señor Jaime Junyent.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, el Ministro, señor Álvaro Elizalde; la Subsecretaria, señora Macarena Lobos, y las asesoras, señoras Loreto González y Sofía Salvo.

De la Superintendencia de Salud, el Superintendente, señor Víctor Torres y la asesora, señora Natalia Castillo.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Director, señor Camilo Cid y el Jefe de la División de Desarrollo Institucional, señor Matías Goyenechea.

De la Dirección de Presupuestos, la Subdirectora de Racionalización y Función Pública, señora Tania Hernández y el Jefe del Subdepartamento de Estudios, señor Pablo Jorquera.

El doctor señor Manuel Inostroza, profesor asociado adjunto de la Facultad de Medicina ISP-UNAB.

De la Asociación de Isapres de Chile A.G, el Gerente General, señor Gonzalo Simón y el abogado, señor Matías Avendaño.

Los asesores del Honorable Senador Castro González, señora Teresita Fabres y señor Cristián Baeza.

La asesora del Honorable Senador Coloma, señora Carolina Infante.

La asesora del Honorable Senador Edwards, señora Nicole Martínez.

El asesor del Honorable Senador Gahona, señor Benjamín Rug.

El asesor del Honorable Senador García, señor José Miguel Rey.

La asesora del Honorable Senador Insulza, señora Lorena Escalona.

El asesor del Honorable Senador Lagos, señor Reinaldo Monardes.

El asesor del Honorable Senador Núñez, señor Elías Mella.

De la Fundación Jaime Guzmán, la asesora, señora Teresita Santa Cruz.

El asesor del Honorable Senador Saavedra, señor Luis Batallé.

- - -

Se deja constancia de que la Comisión de Hacienda introdujo enmiendas en el artículo 3° permanente, incisos primero y tercero, y en los artículos séptimo y octavo transitorios del texto despachado por la Comisión de Salud, y de que incorporó un artículo 4° permanente, nuevo.

- - -

### **NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL**

En lo relativo a las normas de quórum especial, la Comisión de Hacienda se remite a lo consignado en el informe de la Comisión de Salud, haciendo presente que es también norma de quórum calificado por referirse e incidir en materias de seguridad social el nuevo artículo 4° incorporado en la Comisión de Hacienda, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

- - -

### **NORMAS DE COMPETENCIA**

De conformidad con su competencia, vuestra Comisión de Hacienda se pronunció acerca de los artículos 1°, números 1), 2), 3) artículos 130 bis y 130 ter, 4), 5) 9) y 11); 2°; 3°; 5°, incisos cuarto y quinto; 7° y 8°, permanentes y respecto de los artículos segundo; cuarto; octavo, noveno, décimo, décimo tercero y décimo cuarto transitorios del proyecto de ley. Lo hizo en los términos en que fueron aprobados por la Comisión de Salud, como corresponde de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41 del Reglamento de la Corporación.

- - -

### **DISCUSIÓN**

En **sesión de 22 de enero de 2024**, previo a la discusión de los asuntos de su competencia, el **Honorable Senador señor García** requirió poder escuchar a las autoridades del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Salud y de Fonasa respecto a la totalidad del proyecto de ley objeto de estudio. Con todo, manifestó la necesidad que concurriese a la Comisión algún representante del Ministerio de Hacienda, en lo que respecta a los temas hacendarios.

Destacó la importancia de conocer la opinión del Ejecutivo a través del Ministerio de Hacienda en lo que concierne a dos normas en específico, referentes a la continuidad de las prestaciones en

caso que alguna de las Isapres no pueda seguir operando, toda vez que en estas disposiciones se establece que Fonasa podrá hacerse cargo de dichas prestaciones. Puntualizó que si el verbo a utilizar fuese “deberá” y no “podrá” las implicancias en el informe financiero asociado a la iniciativa legal serían significativamente distintas, abarcando una suma considerable de recursos. Por lo anterior, solicitó poder tener una mayor claridad sobre esta materia.

Asimismo, solicitó poder escuchar también a algún representante del grupo de comité de expertos, considerando que el Ejecutivo buscará reponer una norma rechazada en la Comisión de Salud del Senado alusiva al alza en los costos del precio base de los planes de salud. Apuntó que, si efectivamente se volverá a debatir sobre este tema en la Comisión de Hacienda, con mayor razón se hacía necesario conocer cuáles fueron las distintas alternativas que se barajaron en la Comisión de Salud del Senado.

Observó que subir los precios base responde a una discusión tremendamente significativa, la que no debe analizarse desde el punto de vista de equilibrar los sistemas de precios y costos de las Isapres, sino que también debe sopesarse que, frente a esos ajustes, se produzca una masiva migración a Fonasa, generándoles igualmente una dificultad a las Isapres.

**El Honorable Senador señor Lagos** aclaró que los representantes del Ministerio de Hacienda no pudieron concurrir a la presente sesión ya que se encontraban en la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados con ocasión de la discusión de la reforma previsional. Agregó que concurrirán a la Comisión tan pronto les sea posible.

De igual manera informó que, según entiende, lo que busca reponer el Ejecutivo durante la discusión de la presente iniciativa legal en la Comisión de Hacienda del Senado es el literal c) del artículo 3°, el cual fue rechazado en la Comisión de Salud de la Corporación.

**El Honorable Senador señor Edwards** requirió que se pueda escuchar a alguna persona del comité de expertos, así como también tener claridad sobre los dos mecanismos de cálculo, de manera tal de no solamente referirse a la mutualización, sino que también entender la fórmula propuesta por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

De igual manera, apuntó que todo el debate suscitado en torno al proyecto de ley parte con ocasión de un fallo de la Corte Suprema, de noviembre de 2022, el cual calificó como ilegal, toda vez que genera sus efectos respecto de terceros distinto a aquellos que reclamaron en sede judicial, sumado a que además adolece de generar efectos retroactivos.

Denunció que la mencionada sentencia es una

forma judicial para terminar con un sistema de salud, que afectará a un número importante de personas, por dejarlas en una situación más precaria de la que se encuentran.

El **Honorable Senador señor Núñez** solicitó tener presente en el debate que la Comisión de Hacienda debe abocarse a las normas que son de su competencia. Preciso que repetir toda la discusión que llevó a cabo la Comisión de Salud en su calidad de Comisión técnica no es algo propio del rol que debe cumplir la Comisión de Hacienda, pues no le corresponde actuar como Comisión revisora de lo que votó legítimamente una Comisión técnica.

Advirtió que lo anterior puede generar que los temas hacendarios propiamente tal no alcancen a ser atendidos por destinar tiempo a ver temas propios de salud, los cuales pueden ser resueltos democráticamente una vez que la iniciativa legal sea conocida por la Sala del Senado.

El **Honorable Senador señor Insulza** recordó que el proyecto de ley fue ampliamente discutido en la Comisión de Salud del Senado. Agregó que resultaba lógico conocer su contenido en términos generales, sin embargo, aseveró que hay temas que no procede volver a discutir dentro de la Comisión de Hacienda, como lo es el fallo de la Corte Suprema y las decisiones políticas que se han tomado con ocasión del mismo. Por lo anterior, llamó a escuchar a las autoridades invitadas, pero sin que aquello signifique abrir el debate en su totalidad sobre la Ley corta de Isapres.

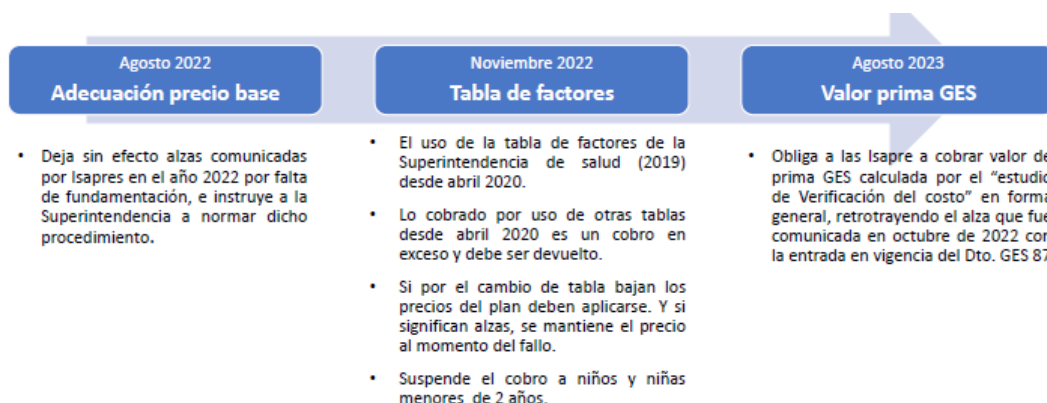
A continuación, la Comisión escuchó a la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, quien efectuó una presentación, en formato ppt, del siguiente tenor:

**Proyecto de ley que Modifica el DFL N°1, de 2005, del Minsal (...), 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**

**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.



## Componentes del precio de los planes de las Isapres

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

• Donde:

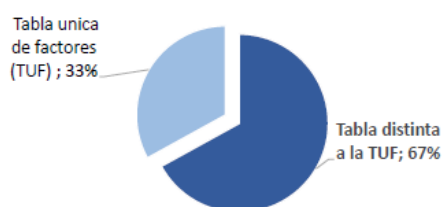
- El precio base es el mismo para todas las personas que adscriben a un plan. Se reajusta una vez al año a través del ICSA (Índice de costos de la salud).

- 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.

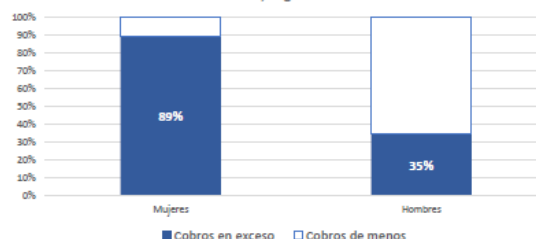
- La prima GES corresponde al cobro de las Garantías Explícitas de Salud, se fija en cada decreto GES, el último fue promulgado en octubre de 2022, que corresponde al GES 87.

## Efectos en los beneficiarios

Distribución promedio de tablas de factores de riesgo en los contratos de ISAPRE



Distribución de los cobros en exceso por uso de tablas distintas a la TUF, según sexo



**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.

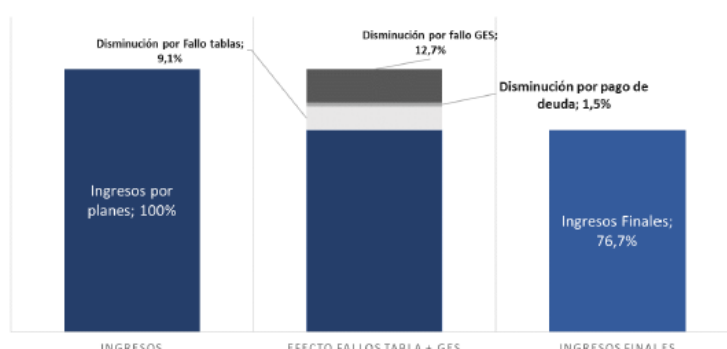
- Para el caso de las mujeres, se observa que al **89%** de aquellas cuyos contratos utilizaban una tabla distinta se les cobró en exceso. Mientras que en los hombres esto ocurre en el 35%.

- 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.

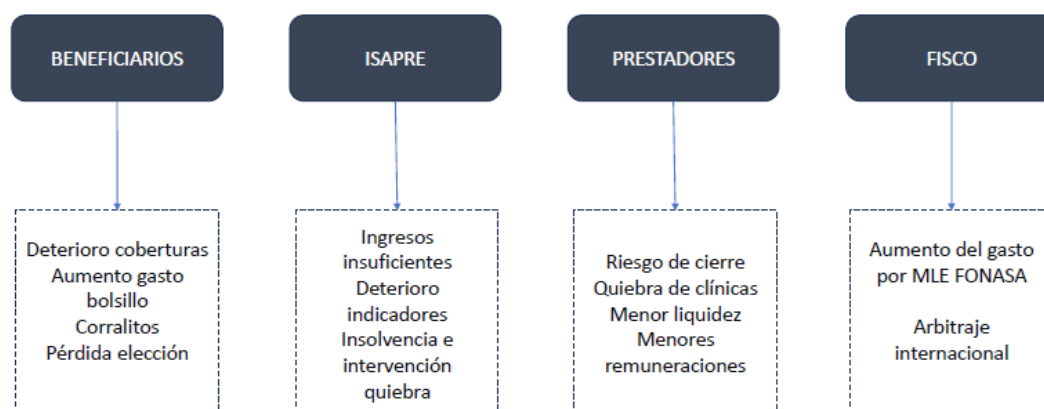
### Efecto de las sentencias en el flujo financiero de las isapre



las sentencias reducen los ingresos futuros de la industria en 22,8% aprox.

Esto significa que los ingresos de las Isapres son menores que los costos de los beneficios de los afiliados (prestaciones más licencias médicas) lo que dificultaría financiar las atenciones de salud y prestaciones que se otorgan actualmente.

### Consecuencias sin proyecto



### 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.

- Excma. Corte Suprema prorroga aplicación fallo por Tabla de Factores hasta mayo 2024.

### Objetivos del proyecto de ley

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

2. 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.

3. 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.

### Contenido Ley corta -Boletín 15.896-11

Fortalece FONASA	Dota a la SS. de las facultades para implementar las sentencias	Propone adecuaciones al sistema de salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 1 que modifica DFL N°1/2005, para definir y regular la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).</li> <li>• Art. 2 transitorio. Permite trato directo para primer contrato MCC.</li> <li>• Art. 8, 9 y 10 transitorios otorga atribuciones a FONASA para la continuidad de los tratamientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 1 que modifica DFL N°1/2005, creando el Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud.</li> <li>• Art. 2 que faculta a la SS a dictar circular de adecuaciones de planes y define piso del 7%.</li> <li>• Art. 3 que obliga a las ISAPRES a presentar un plan de pago y ajustes.</li> <li>• Art. 5 que define un régimen de excedentes especial para el pago de la deuda.</li> <li>• Art. 6. prohíbe retiro de utilidades mientras deuda esté impaga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 1, que modifica DFL N°1/2005 a fin de facultar a la SS para que defina el valor de la prima GES que podrán cobrar las ISAPRES.</li> <li>• Art. 1, que modifica DFL N°1/2005 a fin de restringir comercialización de planes por menos de la cotización legal.</li> <li>• Art. 8, que ajusta planes al valor de la cotización legal.</li> <li>• Art. 4° transitorio. Define al ICESA como valor de reajuste obligatorio para las ISAPRES mientras están cumpliendo el plan de pago respectivo.</li> <li>• Art. 12 transitorio. Compromete fechas de reforma a la salud.</li> </ul>

### Tramitación ley corta en Comisión de Salud

- Ejecutivo presenta proyecto 9 Mayo 2023;
- Senado constituyo Comisión Asesora 3 Julio, termina su cometido y entrega informe 9 Octubre
- Aprobación general ley primera semana octubre
- Indicaciones ejecutivo recogiendo recomendaciones comisión técnica, 3 noviembre.
- Votación en particular iniciada 12 de diciembre
- Segundo envío indicaciones 8 enero, acoge acuerdos ley reajuste, discusión inmediata
- Votación finalizada martes 16-01-2024
- Se aprueban todos los artículos y todas las indicaciones del ejecutivo, excepto el literal c. sobre el artículo 3, que permitía el ajuste extraordinario del precio final.

Ley corta -Boletín 15.896-11

### Facultar a la Superintendencia de Salud para implementar las sentencias

- ISAPRE a:
- Faculta para que emita circular que indique a las
  - Que adecuen los precios de los contratos y devuelvan las cantidades percibidas en exceso por uso de una tabla de factores distinta.
  - La obligación de ofrecer planes al 7% de las

remuneraciones imponibles como piso para el futuro.

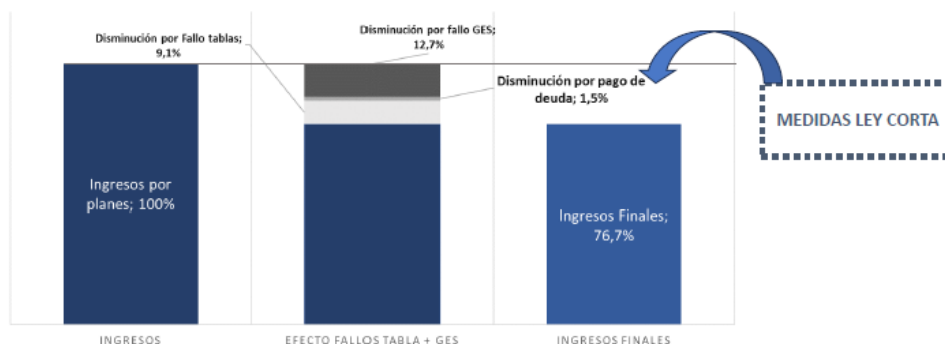
- Que para la estimación del cobro en exceso se considere un precio mínimo de planes con el 7% de cotización.

- Que presenten un plan de pago de la deuda con un máximo de 10 años, y ajustes de contención de costos para la solvencia y mantención de sus obligaciones con los afiliados.

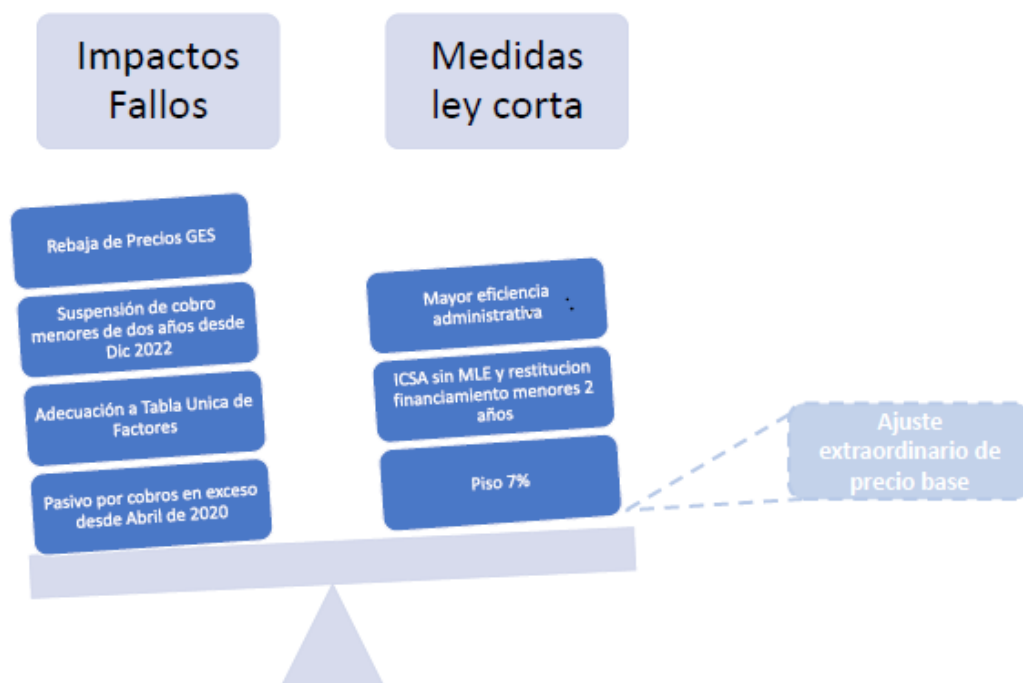
- Impide el retiro de utilidades hasta el pago completo de la deuda a sus beneficiarios.

- Establece que la deuda no afecte los indicadores legales de las aseguradoras obligando a la Superintendencia de Salud a intervenir.

### Efecto de las sentencias y ley corta



Las medidas contenidas en la ley corta buscan el equilibrio financiero para la estabilidad del sistema, de forma que se pueda mantener la cobertura de los afiliados a ISAPRE y al mismo tiempo cumplir con las obligaciones legales emanadas de las sentencias de la Excm. CS.



### Ley corta

**Boletín 15.896-11 Facultar a la Superintendencia de Salud para implementar las sentencias**

- Crea un **Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud**, de carácter permanente.

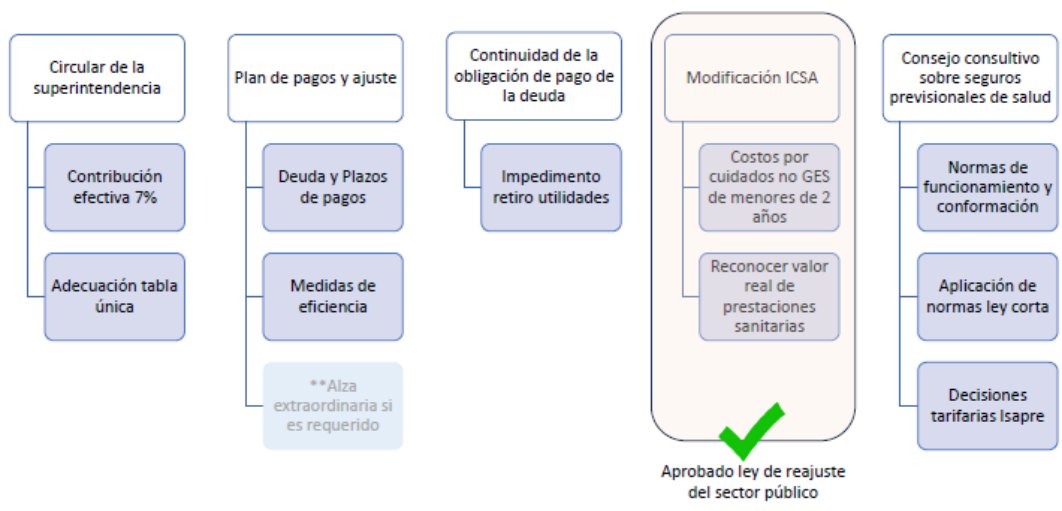
- Dentro de sus funciones, debe recomendar la aprobación o rechazo del plan de pago y ajustes que presentan las ISAPRE a la SIS.

- Fija las condiciones del nombramiento, plazos para ello, funcionamiento,

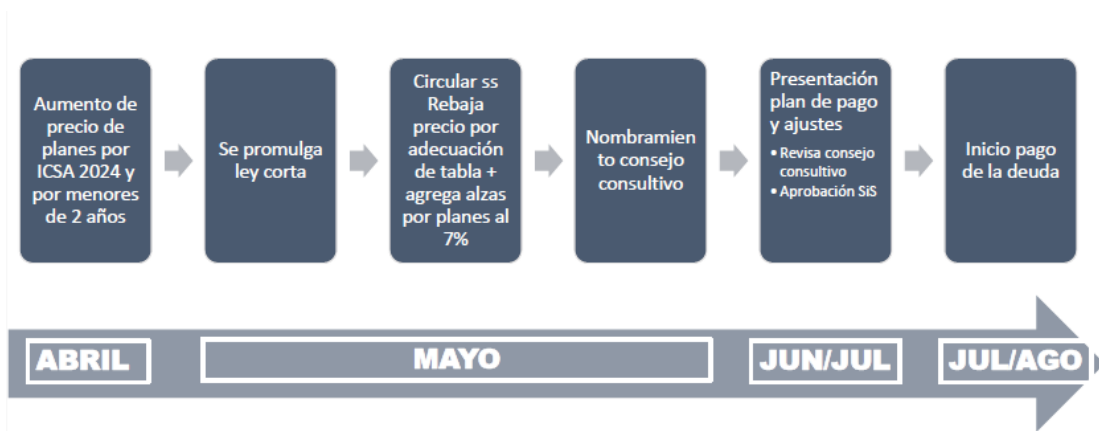
- Fija remuneración por sesión, y máximos mensuales (Impacto Financiero, art 1°, num. 5)

- En la primera designación se contempla la participación del H. Congreso, luego se sigue el procedimiento de ADP.

**Componentes en ley corta relacionados con las ISAPRE**



**Línea de tiempo para medidas relacionadas con las ISAPRE**



**Ley corta -Boletín 15.896-11 Fortalecimiento de FONASA**

✓ Crea la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

• Permite al FONASA la intermediación de seguros voluntarios complementarios para cobertura financiera adicional para sus beneficiarios en prestadores privados en convenio.

• Establece un seguro catastrófico dentro del seguro.

• Establece una primera contratación directa para agilizar su puesta en marcha y una licitación posterior bianual.

• Permite el ajuste anual de la prima por condiciones de siniestralidad de la cartera.

✓ Permite al FONASA redistribuir anualmente a las personas al grupo (A, B, C o D) correspondiente según sus ingresos

✓ Aumenta la dotación de FONASA para administrar la nueva modalidad (Impacto Financiero, art.13° tr.)

✓ Expresamente faculta al FONASA a dar continuidad a los tratamientos médicos, GES y CAEC, a los pacientes afiliados a una Isapre cuyo registro es cancelado.

### **Nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA**

El proyecto tiene por objeto generar una **nueva alternativa a las personas beneficiarias a través de la creación de una nueva Modalidad de Cobertura Complementaria en FONASA**, la cual permitiría **mejorar la protección financiera alcanzando coberturas similares a las que ofrecen las ISAPRES en el acceso a prestadores privados.**

FONASA ha **experimentado una migración masiva de nuevas personas afiliadas**, tendencia que se proyecta en aumento en el mediano plazo y que podría **intensificarse en caso del cierre de alguna ISAPRE.**

En el contexto de la MLE y proveedores privados, FONASA cubre en promedio el 38% de los gastos de salud de sus personas beneficiarias. Esta protección financiera es particularmente menor en la atención hospitalaria cuando no cuenta con un bono de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD).

Para aumentar la cobertura financiera, el proyecto de ley propone **crear la MCC**, que permite, por medio de la **intermediación de FONASA con seguros privados de salud licitados**, obtener **mayor protección financiera para los beneficiarios del FONASA de los grupos B, C y D.**

### **Modalidades de atención de FONASA**

	Modalidad Atención institucional (MAI)	Modalidad Libre Elección (MLE)	Modalidad Cobertura Complementaria (MCC)
Beneficiarios	Todas las personas beneficiarias de FONASA (grupos A, B, C y D)	Todas las personas pertenecientes a los grupos B, C y D	Todas las personas pertenecientes a los grupos B, C y D inscritas en MCC
Prestadores	Red Pública de Salud	Prestadores privados de salud con convenio MLE	Prestadores privados de salud con convenio MCC
Financiamiento	 Copago Cero Red Pública de Salud Gratuita	Porcentaje financiado por FONASA (FAM), más copago del beneficiario, según arancel MLE	Porcentaje financiado por FONASA, seguro complementario, más copago del beneficiario, según arancel MCC

### Ley corta -Boletín 15.896-11 Adecuaciones al sistema de salud

#### ✓ Medidas para evitar la judicialización

- El ICESA temporalmente será un valor de reajuste obligatorio para las ISAPRE que no hayan pagado la deuda.

- Se faculta a la Superintendencia de Salud a definir el precio correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud.

- Permite que se incluyan nuevos factores para el cálculo del ICESA, a fin de que sea más sensible a la variación de costos del sector.

#### ✓ En materia de insolvencia de ISAPRES

- Ante cancelación de registro de una Isapre los excedentes impagos sean pagados en el 1er orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

- Define que se preferirá a los prestadores no relacionados en lo relativo al pago de créditos de prestadores de salud con cargo a la garantía del artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005.

### Ley corta -Boletín 15.896-11

#### Avanzar a una reforma de salud

✓ El ejecutivo se compromete a la eliminación de la declaración de salud mediante el envío de un proyecto de ley en septiembre.

✓ Se compromete la presentación de proyectos para reformar el sector, de forma que lo adecúe a los principios de la seguridad social, mejorando con ello su eficiencia y equidad.

### **Ley corta Boletín 15.896-11**

#### **Contenidos no aprobados en la comisión de salud**

En particular la medida de permitir que las Isapres propongan en el plan de pago de deuda y ajustes, un “ajuste extraordinario de precio base para la estabilidad financiera”, siguiendo una metodología a proponer por la superintendencia y requiriendo la recomendación del consejo consultivo sobre seguros previsionales para su aprobación.

#### **Síntesis**

- El objetivo del proyecto es velar por las personas, proteger su acceso a la salud asegurando la continuidad de las coberturas financieras y sanitarias, y mantener la estabilidad del sistema de salud en su conjunto.

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

- 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.

- 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.

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

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

- 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.

Durante la presentación, a propósito de la segunda lámina titulada “Efectos en los beneficios” el **Honorable Senador señor Edwards** preguntó si respecto del 67% de los contratos de planes de las Isapres que utilizaban una tabla distinta a la tabla única de factores que mandató la Corte Suprema en su fallo de noviembre de 2022, la totalidad de esos contratos se habían celebrado con anterioridad al año 2020, o bien, había algunos de una fecha posterior.

De igual manera, consultó si, en caso de que la totalidad de los contratos fuesen anteriores al año 2020, las Isapres podían ajustarse a una nueva tabla de factores, considerando que ya existía un contrato celebrado con el afiliado.

Pidió despejar cuántos de estos contratos podían ser efectivamente adecuados por las Isapres y en cuántos no era posible hacerlo.

La **señora Ministra** aclaró que, al tratarse de contratos nuevos, cada vez que se incorporaba una carga se debió haber incorporado la nueva tabla de factores.

Agregó que la Corte Suprema mandató que a las personas afectadas se les debió haber aplicado la tabla única de factores, pues las otras tablas eran inconstitucionales desde el año 2010.

Al término de la presentación, el **Honorable Senador señor García** solicitó incorporar al análisis de la Comisión de Hacienda los artículos octavo, noveno y décimo transitorios del proyecto de ley. Justificó su requerimiento en el entendido que, dependiendo de cómo se resuelvan, tendrán efectos fiscales.

Explicó que estas disposiciones abordan aquellos supuestos donde Fonasa debe hacerse cargo de los tratamientos GES o tratamientos catastróficos. Aclaró que los artículos octavo y noveno, transitorios, a diferencia del artículo décimo transitorio, ocupan el vocablo “podrá” para que Fonasa responda, mientras que en la última norma la redacción es más clara en cuanto manda derechamente a Fonasa a actuar.

El **Honorable Senador señor Lagos** manifestó su conformidad con la solicitud del Senador García.

El **Honorable Senador señor Coloma**, resaltando la complejidad de la temática abordada, partió refiriéndose a una deuda de las Isapres a partir de una sentencia de la Corte Suprema. Acotó que, en ese caso particular, hubo un cambio de lo que se acostumbra esperar en derecho, donde las sentencias tienen efecto relativo, más no general, como ocurrió con dicho fallo.

Preguntó si los cobros que han sido calificados como generadores de una deuda producto de la referida sentencia fueron rechazados, autorizados o tolerados por la Superintendencia de Salud. Mencionó que si hay un cobro de una institución privada y hay otra institución pública que debe supervigilarla, surge la interrogante sobre el rol de la Superintendencia de Salud respecto a estos cobros, en orden a saber si los rechazó, autorizó, o toleró. Agregó que lo anterior resultaba útil despejarlo para determinar si las Isapres estaban actuando de manera arbitraria, negligente o con la convicción de estar cumpliendo la ley.

En segundo término planteó que, siendo una de las fórmulas de solución la mutualización, se le pudiese explicar si el problema detrás es de carácter político o jurídico.

En tercer lugar, pidió despejar a los representantes del Ejecutivo que en la iniciativa legal existen tres temáticas diferentes, que dicen relación, por una parte, con el futuro de Fonasa, por otra, con el futuro de las Isapres y, finalmente, con la deuda que se generó producto de la sentencia de la Corte Suprema. Apuntó que, si aquello es efectivo, entonces existen tres formas o maneras de ordenar el debate.

El **Honorable Senador señor Núñez** mostró interés sobre el Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud que asesora al Superintendente de Salud. Al respecto, inquirió sobre la razón de ser de este Consejo y la necesidad de asesorar, en orden a saber si se ha dudado sobre las capacidades de la Superintendencia de Salud. Manifestó que no debiesen ponerse en tela de juicio las capacidades de dicha institución, como así tampoco del Superintendente de turno.

Sobre la conformación del mencionado Consejo, preguntó si podría haber algún conflicto de interés de estos consejeros, en caso de que hubiesen trabajado previamente en alguna Isapre o en una clínica relacionada con una Isapre.

Opinó que este tipo de Consejos limitan finalmente la soberanía que tienen las autoridades políticas. Señaló que el Superintendente es una autoridad que nombra el Presidente de la República y, por lo tanto, debe dar cuenta de sus decisiones.

Por lo anterior, no se mostró convencido sobre la manera en que se está proponiendo este Consejo Consultivo, considerando las atribuciones que se le están entregando.

El **Honorable Senador señor Insulza**, felicitó a la señora Ministra por el esfuerzo en impulsar un proyecto de ley para arribar a una solución, sin estar exenta de dificultades. Mencionó que, si se hubiese arribado a una buena solución para todos los involucrados, seguramente el debate en la Comisión de Salud habría tomado menos tiempo.

Dicho lo anterior, puso de relieve que la iniciativa legal nace como respuesta a los propios usuarios de salud y en base a una sentencia de la Corte Suprema, siendo el máximo tribunal de justicia a nivel nacional, por lo que tal decisión se encontraba totalmente firme. Con todo, opinó que el fallo tomó de sorpresa a los distintos involucrados. Sobre los alcances del mismo, recordó que en otros países existen las “acciones de clase”, donde demanda un grupo de personas, sin perjuicio de que se indemniza a todo el conjunto que se encuentra en esa situación, cuestión que ocurrió en el presente caso, lo que afectó directamente al costo total que tendría para las Isapres su cumplimiento.

Resaltó 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.

**El Honorable Senador señor Edwards** reiteró que, según entiende, las sentencias judiciales tienen efecto relativo, por lo que volvió a sostener que el fallo de la Corte Suprema es ilegal por su carácter general, que pretende hacer política pública mediante una sentencia. Recordó que además es de alcance retroactivo, por lo que se les exige a las aseguradoras que al año 2020 debían haber cambiado su tabla de factores. Sostuvo que, si el fallo es recién del año 2022, las Isapres no podían cambiar los planes existentes hasta esa fecha.

Sobre el particular, opinó que no había una deuda de parte de las Isapres, pues no ingresaron recursos de parte de aquellas personas afiliadas a alguna aseguradora. Agregó que cuando una persona cuenta con un plan de salud, la Isapre respectiva no puede cambiar dicho plan, y si ajusta la tabla de factores podrá hacerlo recién con posterioridad a la fecha de dictación del fallo de noviembre de 2022, pero no de manera retroactiva.

Agregó que, para calcular la deuda de las aseguradoras, el Ejecutivo hace estimaciones que cuesta entender, con ocasión de la igualación de hombres y mujeres en una sola tabla de factores. Se cuestionó si el Gobierno busca destruir la salud de las personas que se encuentran en Isapres a partir de un fallo cuestionable.

Sobre el alza en los planes de las Isapres, manifestó que se ha señalado que éstos podrán subir hasta en un 40%, generando que las personas adscritas al sistema de salud privado que no puedan pagar esta alza y que no cuenten con preexistencias migren a Fonasa, generando que las Isapres mantengan solamente a las personas con problemas de salud, provocando la quiebra del sistema.

Resaltó que el proyecto de ley tiene como trasfondo llevar a una gran cantidad de personas, que buenamente habían

elegido su sistema de salud, para que transiten del sistema privado a Fonasa, con todos los inconvenientes que aquello implica.

Reiteró que subir hasta un 40% el plan de salud de las personas derivará en que inevitablemente se vayan a Fonasa, engrosando las listas de espera. Puso en duda que llegue a ser efectivo que las personas puedan recibir alguna devolución si es que las Isapres fuesen a quebrar.

Declaró entender que una gran cantidad de clínicas y prestadores permiten que personas puedan ser atendidas a través de la Modalidad de Libre Elección. Preciso que muchas veces los precios son reducidos para Fonasa, respecto de lo que se paga en Isapres. Con todo, advirtió que, si todas las personas migran a Fonasa, tales precios no estarán disminuidos, en atención a la cantidad de personas que deberán atender. Al respecto observó que los precios de la salud dentro de Fonasa también sufrirán fuertes alzas.

Apuntó que un fenómeno parecido podría ocurrir igualmente con las licencias médicas, considerando que Fonasa hace una mala revisión de las mismas, provocando un costo más alto del que ya existe en el sistema público de salud.

Puso en duda que existiese un genuino interés sobre la salud de las personas, sino más bien respondería a un problema político en orden a resolver cómo trasladar afiliados de las Isapres a Fonasa, para que desde el sector público existan más recursos que administrar, considerando además que se les descontará no solamente el 7% por cotización legal de salud, sino que también se incluirá un seguro complementario que implicará un gasto adicional.

**El Honorable Senador señor Gahona** preguntó sobre las estimaciones de gastos que se señalan en el informe financiero sustitutivo N° 236, de 3 de noviembre de 2023, alusivo al presente proyecto de ley, donde se tuvo como modelo de referencia los afiliados que migraron durante el año 2023. Al respecto, aseveró que el gasto fiscal se encuentra bastante subestimado.

Considerando que todavía se encuentra en estudio la implementación de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria, inquirió si realmente, en caso de que una Isapre incurra en insolvencia, Fonasa estará en condiciones de hacerse cargo de esos afiliados. Pidió mayores antecedentes para saber si se ha contemplado el fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de Salud, ya que observó no ver este punto dentro del informe financiero.

Preguntó sobre cómo se sabe que los prestadores estarán dispuestos a entrar en el nuevo esquema, así como también por los incentivos que podrían tener las personas para adscribirse a la Modalidad de

Cobertura Complementaria, pues hizo presente que es voluntaria.

Sobre la estimación del monto de la prima, agregó que tampoco hay claridad sobre su costo y dudó que realmente pudiese ascender a cerca de \$30.000 como se ha señalado. Puntualizó que, según se ha advertido a través de un informe de la Universidad Andrés Bello, los costos de las primeras podrían estar por sobre los \$45.000 por persona. Preguntó a los representantes del Ejecutivo sobre el universo cierto de personas que podrían tener la capacidad de optar a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria propuesta.

La **señora Ministra** aclaró, en primer término, que más que intenciones el Ejecutivo ha demostrado con hechos su voluntad de mantener la estabilidad del sistema. Recordó que en esa misma línea se consideraron normas sobre la materia en el último proyecto de ley de reajuste del sector público, donde se adelantaban parte de los elementos que se requieren para entregar la correspondiente estabilidad al sistema de salud, como fue concretamente anticipar el reajuste del ICSA.

Mencionó, asimismo, que existe un proyecto de ley que, a través de distintos elementos, plantea medidas claras para dar estabilidad al sistema. Hizo presente que si no hubiese existido esta voluntad, simplemente el Superintendente de Salud se habría limitado a dar cumplimiento a la sentencia de la Corte Suprema vía circular, lo que habría significado la quiebra de las Isapres hace ya más de un año.

De igual manera, sostuvo que se han adoptado una serie de medidas, tanto de las Isapres como de Fonasa, para perseguir el uso fraudulento de las licencias médicas.

A continuación, respondiendo a las consultas del Senador Coloma, precisó que desde el punto de vista jurídico la sentencia de la Corte Suprema habla de cada uno de los contratos. Mencionó que, como Ejecutivo, al considerar la fórmula para el cálculo de la deuda, no se incluyó la mutualización de la deuda, pues el referido fallo habla de contrato a contrato, por lo que podría volver a judicializarse esa propuesta de cálculo de la deuda.

En cuanto a los tres temas contenidos en el proyecto de ley aludidos por el Senador Coloma, respondió que se relacionan entre sí en lo que se refiere a un sistema de salud, pues implica reconocer una serie de componentes que están organizados para cumplir una tarea determinada que, en este caso, es dar respuesta a las necesidades de salud de los chilenos. Agregó que, en el caso nacional, el sistema de salud tiene un componente público y otro privado, siendo mixto en el aseguramiento y en la prestación de servicios.

Puntualizó que, desde un enfoque sistémico, en respuesta a lo consultado por el señor Senador, se plantea la manera de

mejorar la situación de los prestadores privados, la cobertura financiera de Fonasa, así como también dar respuesta a las Isapres de manera tal que, una vez tramitada la presente ley corta, y logrando una estabilidad financiera, se proceda a presentar un proyecto de ley para reformar el sector de la salud, de manera tal que estas aseguradoras tengan una solución a sus problemas estructurales. Agregó que de esta manera se podrá arribar a un sistema de salud donde quede Fonasa fortalecido, mientras que las Isapres podrán funcionar de una forma más cercana a la seguridad social, y con todas las causales de judicialización cerradas.

En cuanto a la deuda de las Isapres, aclaró que lo importante es el flujo financiero y el impacto en la reducción de los ingresos. Señaló que Ley corta apunta a salvaguardar flujos financieros que permitan dar certeza de que se va a cumplir la sentencia de la Corte Suprema, así como entregar estabilidad al sistema privado, de manera que las personas no vean un problema en la continuidad de sus atenciones.

El **Honorable Senador señor Coloma** solicitó poder despejar cual fue el rol de la Superintendencia sobre los cobros que habrían generado la deuda que señala el fallo de la Corte Suprema. En cuanto al flujo financiero señaló que está en función de una deuda.

La **señora Ministra** respondió que lo anterior no era efectivo y aclaró que es preponderantemente para dar cuenta de la reducción de ingresos que produjo la sentencia alusiva al GES, que ascendió a un 12%. Puntualizó que el componente de deuda existe, pero es muy menor.

El **Honorable Senador señor Coloma** replicó que no estaba poniendo en duda que los flujos financieros incidan en el futuro, sino que resultaba importante hacer una diferencia conceptual entre aquello que permite mantener la viabilidad de un sistema, de lo que signifique hacerse cargo de una deuda.

La **señora Ministra** contestó que podría disminuirse la deuda, pero aún así no habría estabilidad financiera.

El **Honorable Senador señor Coloma** reiteró que el sentido de su consulta es conocer la naturaleza conceptual de la manera de pagar la deuda.

El **Honorable Senador señor García** sostuvo que los flujos se afectan por el fallo de tabla de factores y por el fallo GES. Agregó que, según entiende de la intervención de la señora Ministra, la mayor incidencia está en los flujos actuales y futuros.

La **señora Ministra** respondió afirmativamente y acotó que el efecto de la reducción de ingresos, al aplicar sólo las rebajas de la nueva tabla de factores, no así las alzas, produce un desfinanciamiento.

Continuando con su intervención, explicó que, en lo que respecta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, en la Comisión de Salud del Senado se les sugirió como Ejecutivo que hubiese un Consejo Asesor que diera mayores garantías de independencia en el análisis de los planes de salud.

Agregó que es cierto que la Superintendencia de Salud tiene las capacidades para evaluar los planes, no obstante, se consideró su creación producto de la discusión legislativa, incluso aquella de carácter prelegislativa. De igual manera, informó que lo anterior se encuentra en línea con lo que se ha estado normando con otras Superintendencias, de manera tal de avanzar a una gobernanza más colegiada.

Explicó que el Consejo Consultivo propuesto es asesor y no vinculante, por lo que el Superintendente de Salud mantendrá su responsabilidad respecto de sus actos. En ese orden de ideas, comunicó que acogieron las observaciones de la Comisión Técnica para que dicho Consejo fuese más profesional e independiente, entregando así más garantías a todos los sectores.

En cuanto a las actuaciones de la Corte Suprema, expresó que no le correspondía pronunciarse sobre el particular.

En lo que respecta a lo afirmado por el Senador Edwards referente a las alzas de hasta un 40% de los planes de salud, precisó que hay tres elementos que constituyen el precio final, encontrándose la tabla de factores, el precio base y la prima GES.

Clarificó que cuando el Superintendente fue consultado sobre hasta qué porcentaje podría reajustarse el precio base, su respuesta se limitó a uno de esos tres elementos, pues los dos restantes bajan, o bien, se mantienen iguales. Acotó que la prima GES baja para todos los afiliados, mientras que la tabla de factores puede bajar o mantenerse igual.

Insistió que el alza neta será muy por debajo por el porcentaje señalado por el señor Senador. Agregó que la misma Asociación de Isapres lo planteó en su intervención en la Comisión de Salud cuando se discutió esta materia, por lo que descartó alzas finales de esa magnitud.

Mencionó que, en la respuesta del Superintendente, en la estimación efectuada, no se descontó el efecto del ICESA. Añadió que hay otros elementos que se van modificando, como lo son las reducciones de gastos por concepto de licencias médicas, incidiendo en una necesidad menor de ajuste de precios.

Sumado a todas las precisiones antes señalada, agregó que tal proyección de alza abarcaba solamente a dos Isapres.

Finalmente, informó que cerca de un millón de personas se han adscrito a Fonasa en los dos últimos años, y que la mayor parte recurre al prestador privado a través de la Modalidad de Libre Elección. Precisó que en el proyecto de ley propuesto se pueda recurrir, con una mayor protección financiera, a una Modalidad de Cobertura Complementaria, para que personas de edad avanzada, o bien con alguna preexistencia, que han quedado fuera actualmente de la cobertura de los seguros complementarios, si puedan ser acogidas en una prima comunitaria.

**El Honorable Senador señor Gahona** señaló que en cualquier industria que opere a pérdidas de manera permanente, el recargo que sea desmejora su situación.

Apuntó que la única forma de alcanzar un equilibrio financiero, dado que las Isapres deben hacerse cargo de una deuda de gran magnitud, es ajustando los precios al alza, lo que obliga a que muchos de sus afiliados migren a Fonasa.

Volvió a cuestionar los cálculos del informe financiero, considerando que las proyecciones se hacen en base a las personas que ya migraron a Fonasa, las cuales en su mayoría son gente joven y que no utiliza los servicios de salud. Advirtió que la gente que quedará sin cobertura o continuidad en su tratamiento serán aquellos que se encuentran cautivos y que no puede cambiarse de una Isapre a otra, como son las personas con más riesgos o enfermedades. Manifestó dudas de que a este último grupo los puedan aceptar en una compañía de seguros.

Insistió en que una industria que estará operando a pérdida por la aplicación de los fallos tendrá que subir los precios, haciendo que los más afectados deban migrar a Fonasa, quienes también tendrán dificultad para optar a la Modalidad de Cobertura Complementaria, por tratarse de personas con un mayor riesgo.

La **señora Ministra** aclaró que el cálculo del impacto de la deuda sobre los flujos financieros futuros se encuentra contenido en el informe de la Comisión Técnica que los propios señores Senadores solicitaron.

Enseguida, expresó que como Ejecutivo se encuentran preocupados para que no exista insolvencia en las Isapres, lo que explica que se haya presentado un proyecto de ley como el propuesto.

Agregó que la cartera de asegurados de las Isapres, en promedio, es una cartera con menos siniestralidad y de menor edad que la de Fonasa, pues durante los años que ha operado ha tenido un mecanismo de descreme.

Reconoció que producto de la judicialización, la

cartera de Isapres se ha ido envejeciendo, pues las personas han logrado que no les sigan subiendo los precios, sin embargo, precisó que sigue siendo una cartera con menos siniestros en su conjunto que el promedio de Fonasa.

Volvió a reiterar que como Ejecutivo están preocupados de las necesidades de salud de cada persona, por lo que se han propuesto una serie de medidas para generar estabilidad en el sistema, para entregar más seguridades a los prestadores privados, así como también proporcionar garantías sobre la continuidad de las atenciones en caso de insolvencias de las Isapres.

**El Honorable Senador señor Edwards** manifestó que, según entiende, se podría subir el precio base hasta un máximo de un 40%, sin embargo, expresó que si también se cambian las tablas de factores, considerando que existe cerca de un 70% de personas que tienen contratos con anterioridad a la tabla única de factores del año 2020, no debiese sufrir modificaciones respecto a este último grupo.

La **señora Ministra** respondió que cambia la tabla de factores pero el cobro no puede subir. Apuntó que aquellos que debieran haber pagado más no se les puede cobrar más, lo que explica el desfinanciamiento.

Informó que la Superintendencia de Salud el año 2019, ante el cobro desigual de planes entre hombres y mujeres, resolvió que todos debían tener la misma tabla de factores, debiendo cobrar cada Isapre lo mismo para hombres y mujeres, generando una baja en el costo para las mujeres, no así un alza para los hombres, toda vez que la Corte Suprema así lo definió, provocando el desfinanciamiento antes señalado.

Agregó que esa diferencia debe ser asumida por la Isapre, pero como lo que se espera es que no sea traspasado al afiliado, se busca que puedan hacer esfuerzos para tener un uso más eficiente de los recursos, que bajen sus gastos de administración y venta, y que cuenten con un plan de pago. Mencionó además que, considerando que para algunas Isapres tales medidas pueden no ser suficientes, también se les dio la posibilidad de que requiriesen un ajuste extraordinario, el cual debe ser fundado y revisado por un Consejo Consultivo.

**El Honorable Senador señor Lagos** acotó que este punto fue el rechazado en la Comisión de Salud del Senado y que el Ejecutivo pretende reponer en la Comisión de Hacienda.

**El Honorable Senador señor Edwards** señaló que se arribó a una nueva tabla de factores donde se unen hombres y mujeres. Agregó que con este ajuste el Gobierno está implícitamente aceptando que la deuda, para calcularla, debiese ser el ajuste del factor anterior hasta el factor en su promedio, y no hasta el límite inferior.

La **señora Ministra** expresó que aquello dice relación con el flujo futuro, mientras que en lo que respecta a la deuda se establece por lo resuelto por la Corte Suprema. Aclaró que como Ejecutivo lo que están estabilizando es el flujo futuro.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres**, informó que tanto las medidas administrativas como legales han buscado otorgar condiciones que permitan que las Isapres puedan mantenerse, hasta que se arribe a una solución más definitiva. Agregó que lo anterior se ha llevado a cabo mediante la dictación de circulares de la Superintendencia de Salud, como ha sido la provisión de eventuales pasivos que se puedan generar, así como otras medidas extracontables que también han sido consideradas.

Por lo anterior, resaltó que todas las medidas administrativas que son competencia de la Superintendencia de Salud se han ejercido.

En lo que concierne a las medidas legales, observó que la Ley corta busca que las Isapres cumplan con lo mandado por el fallo de la Corte Suprema, sin afectar la continuidad de la atención. Agregó que en el proyecto de ley de reajuste del sector público para el año 2024 se adoptaron dos medidas, como fue el adelantamiento del precio base, el que habitualmente ocurre en el mes de junio de cada año, a propósito de que en el fallo GES la Corte Suprema estableció que debía ser implementado de manera inmediata, procediendo las Isapres a hacerlo en diciembre del año 2023, lo que significa una disminución de ingresos cercana al 12%. Explicó que por dicha razón es que se tomó como medida adelantar la adecuación del precio base para así poder compensar, de alguna manera, estos menores ingresos.

En cuanto a los menores de dos años, informó que como Superintendencia de Salud podrían haber dictado una circular sin más trámite, sin embargo, esperaron que hubiese un mecanismo de compensación para establecer un ajuste respecto a lo que significan los menores ingresos por este concepto. Agregó que recién en ese momento emitieron esta nueva instrucción, la cual debiese ejecutarse en el mes de marzo próximo.

Enseguida, recordó que la tabla de factores fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional el año 2010, que además comunicó que tal tema debía ser resuelto en sede legislativa. Al respecto, precisó que la Superintendencia de Salud, al tener solamente atribuciones administrativas, debía adoptar medidas que permitiesen el funcionamiento del sistema.

Continuó señalando que las tres medidas fueron las siguientes: en primer lugar, congelar las tablas, de manera tal de reducir la considerable cantidad de tablas de factores que existían; en segundo

término, que cualquier modificación de los factores podían variar a la baja; y en tercer lugar formalizó una tabla única de factores, la cual, a través del fallo de la Corte Suprema del año 2022, se reconoció como la tabla que debía utilizarse.

En lo que concierne a la deuda, puso de relieve que el máximo tribunal de justicia señaló que aquella no se extendía por cinco años hacia atrás, considerando los plazos de prescripción, sino que acotó el periodo desde abril del año 2020.

Agregó que el presente proyecto de ley debe hacerse cargo de los problemas de judicialización, pues en las tres materias judicializadas, como son la adecuación del precio base, la tabla de factores, así como el GES, la Corte Suprema falló con efectos generales.

Sobre la deuda por mutualización, puntualizó que es distinto mutualizar hacia adelante, pues permite corregir eventualmente una distorsión, de lo que es hacerlo hacia atrás, dado que en este último caso puede existir una apertura hacia la judicialización, pues la Corte Suprema falla respecto de contratos individuales, pero mandatando a replicar los ajustes en el resto de los contratos que la Isapre administre.

Apuntó que la mutualización genera el problema de que cuando una persona vaya a tribunales, la diferencia que se debió haber calculado será a favor de esa persona. Añadió que, en la otra propuesta, que establece un precio base mixto, pasa exactamente lo mismo, pues los contratos tienen un precio base, así como también tablas de factores.

Finalmente, sostuvo que todos los elementos que consideraron favorables de parte de los expertos fueron recogidos, con ciertas limitantes.

**El Honorable Senador señor Coloma** preguntó sobre las cifras que fueron cobrada por las Isapres, en orden a despejar que tales cobros se efectuaron contra la voluntad de la Superintendencia de Salud o cumpliendo sus propias directrices.

El **señor Torres** respondió que la Superintendencia de Salud actuó en base a lo que la normativa le permitía hacer para resguardar la estabilidad del sistema. Agregó que a juicio de la Corte Suprema debía existir desde abril del año 2020, fecha en la cual empieza a regir la tabla única de factores, una adecuación de los planes de salud, instruyendo a la referida Superintendencia a tomar medidas.

**El Honorable Senador señor Coloma** acotó que entonces la Corte Suprema instruyó a la Superintendencia de Salud a que actuase de manera distinta de la manera en que lo estaba haciendo.

El **señor Torres** contestó que lo que mandató el máximo tribunal de justicia es que la Superintendencia de Salud aplique la tabla elaborada por la propia Superintendencia para todos los contratos que tienen tablas distintas a la tabla única de factores, los cuales acotó que son un número importante, abarcando a más de 40.000 contratos.

Puntualizó que después de abril de 2020, todos los contratos de salud ya tienen incorporada la tabla única de factores.

El **Honorable Senador señor Lagos**, con ocasión del interés suscitado dentro de la Comisión, manifestó que en otra instancia podía analizarse en detalle los efectos del fallo de la Corte Suprema. Con todo, llamó a acotar el debate en la Comisión de Hacienda respecto de los temas que le son propios.

El **Honorable Senador señor Coloma** replicó que despejar las temáticas que han sido de interés son clave para el diagnóstico del problema.

El **Director del Fondo Nacional de Salud, FONASA, señor Camilo Cid**, complementando lo ya señalado por la señora Ministra, comunicó que los artículos octavo, noveno y décimo transitorios se ponen en el supuesto del cierre de una o más Isapres. Explicó que en estos casos Fonasa se hará carga de tres cuestiones en particular.

Informó que el primer supuesto responde a si la persona afiliada a alguna Isapre está siendo atendida por el programa GES, por lo que Fonasa se asegura que dicho usuario, al pasar al sistema público, siga su tratamiento en la etapa que se encuentre y no tenga que retroceder en aquello, pues actualmente la ley no permite esa posibilidad y la persona se ve obligada a comenzar nuevamente su tratamiento. Resaltó que con la norma propuesta se le asegura permanecer en la etapa del tratamiento que se encontraba antes de ingresar a Fonasa y, eventualmente, mantener el prestador.

Sobre el verbo “podrá” utilizado en el artículo señaló que se referiría sobre sus alcances posteriormente.

Continuó señalando que el segundo supuesto recogido es el de las personas que tengan cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC). Expresó que, para aquellos casos de insolvencia de la Isapre, a la persona que pase a Fonasa se le garantizará que pueda continuar con su tratamiento, al menos por seis meses. Agregó que nuevamente en la redacción utilizada se ocupa el verbo “podrá”.

En cuanto al tercer supuesto, apuntó que aquí Fonasa se hace cargo de los fallos judiciales, evitando que las personas inicien otras acciones judiciales contra Fonasa para reponer la sentencia favorable que había conseguido en contra de la Isapre.

Dicho lo anterior, en cuanto a los dos primeros artículos transitorios y la discusión suscitada en torno a si debe usarse el verbo “podrá” o “deberá”, señaló que, desde el punto de vista operativo del propio Fonasa, haber considerado la primera opción les entrega cierta flexibilidad para que, asegurando la calidad de la prestación y los derechos de las personas, los precios que se cobran puedan ser negociados y así Fonasa resuelva si es más conveniente o no. Agregó que de igual manera conservan la facultad de evaluar un nivel de precios en los convenios que son similares a los que Fonasa puede obtener con los prestadores, teniendo cierta flexibilidad para negociar.

Sobre lo consultado por el Senador Coloma sobre si el futuro de Fonasa, de las Isapres y la deuda que estas últimas tienen eran los tres grandes temas del proyecto de ley objeto de análisis, respondió que desde el punto de vista de Fonasa no está en cuestión la política pública tras su funcionamiento a través de las Modalidades de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección, sino que más bien se plantea una modalidad alternativa que se basa en esta última modalidad, la cual ha sido denominada Modalidad de Cobertura Complementaria.

Sostuvo que esta modalidad propuesta permitirá que el Fonasa en régimen, a través de licitaciones, pueda celebrar convenios con seguros privados que ofrezcan seguros complementarios, los cuales deberán tener ciertas cualidades, como sería contar con una prima “plana”, iguales para todas las personas, sin hacer discriminaciones o diferencias por sexo, edad o preexistencias. Agregó que esto último ya es algo que existe dentro del mercado actual de los seguros complementarios privados.

En cuanto a los precios de las primas, señaló que estos oscilan desde las 0,2 a 1,8 unidades de fomento, lo que traducido a pesos supondría una variación entre \$6.000 a \$45.000. Aclaró que el propio proyecto de ley establece cuales son los criterios de licitación para fijar los precios de las primas que se ofrezcan, las coberturas financieras, el deducible del catastrófico, etc.

Comunicó que las simulaciones que se han hecho para estimar a cuánto podría llegar a costar la prima han considerado la actividad del sector privado y el comportamiento de las personas, así como del uso de la Modalidad de Libre Elección en Fonasa, lo que ha permitido fijar un parámetro que, en promedio, equivaldría a un pago de \$36.000 per cápita, más allá de la cotización de salud obligatoria del 7%. Al respecto, sostuvo que tal monto representa la capacidad de pago que tendrían las personas para que, estando en Fonasa, pudiesen adquirir un seguro hasta ese rango de precio.

Luego, mencionó que Fonasa se mueve con dos modalidades muy importantes. Reconoció que ciertamente el 90% de los recursos van destinados a la Modalidad de Atención Institucional, con un

copago cero y la cual se desenvuelve en la atención primaria de salud y hospitales públicos, mientras que el 10% de los fondos, equivalente a US\$ 1.500 millones anuales, Fonasa los utiliza para atenciones de salud en el sector privado a través de la Modalidad de Libre Elección, así como también a partir de otros programas que cierran brechas.

Puso de relieve que lo antes señalado es importante, en el entendido que al momento de realizarse el estudio sobre las personas que, encontrándose en Fonasa, harán uso de este mecanismo voluntario de aseguramiento adicional, serán aquellas que utilizan clínicas privadas.

Explicó que han observado que respecto de los usuarios que se encuentran en Fonasa haciendo uso de la Modalidad de Libre Elección y se atienden únicamente con clínicas y prestadores privados el porcentaje promedio que se cubre de los costos que les cobran es del 38%, mientras que una persona afiliada a una Isapre, que se vale de todos los dispositivos privados, el promedio de los costos cubiertos será de un 65%. Por lo anterior, apuntó que con la propuesta del proyecto de ley se busca que la diferencia de 27% entre ambos supuestos, al momento que una persona se adscriba a Fonasa, sea cubierta por el seguro complementario. Acotó que lo anterior asegura que exista equidad en el financiamiento.

En lo que respecta a los cuestionamientos asociados al informe financiero sustitutivo N° 236, de fecha 3 de noviembre de 2023, informó que los cálculos se han realizado en función de los efectos netos de los movimientos de los usuarios. Recordó que Fonasa ha recibido en total, y no solamente respecto de usuarios que han migrado desde las Isapres, más de un millón de personas en el último tiempo, por lo que en términos numéricos ya se han incorporado una cantidad tal de personas equivalente a lo que serían los afiliados de dos Isapres, por lo que resaltó que Fonasa ya se está adecuando a estos nuevos escenarios.

Mencionó que los gastos que considera el informe financiero tienen que ver con el propio fortalecimiento del Fonasa a través de la extensión de personal, que es bastante reducido, equivalente a \$400 millones en el primer año, para luego subir a cerca de \$1.500 millones por año en régimen.

Finalmente, agregó que hay estudios alternativos sobre el cálculo de la prima del seguro complementario que han tenido a la vista durante la tramitación del proyecto de ley. Puntualizó que realizaron una presentación en su oportunidad explicando la razón de que no puedan compararse los costos que presenta, por ejemplo, la Universidad Andrés Bello, pues incorpora elementos que no recoge el proyecto de ley, como son los medicamentos ambulatorios que pueden solicitarse en una farmacia, así como también otros aspectos.

Con todo, reconoció que, al momento de

calcularse la prima bruta, efectivamente se arriban a valores bastante similares con la Universidad Andrés Bello.

El **Honorable Senador señor Edwards** señaló que, según entiende, la gente que ha migrado de Isapre a Fonasa no son personas que están recibiendo procedimientos caros, pues, en ese caso, no se irían hasta terminarlo. Por tanto, apuntó que los usuarios que actualmente recibe Fonasa son personas sanas y que no se encuentran con algún tratamiento en curso.

En cuanto al verbo “podrá” de los artículos octavo y noveno transitorios, cuestionó si aquello derivará en que una persona con cáncer no pueda continuar con su tratamiento si así lo determina Fonasa. Observó que la norma debiese estar redactada en términos imperativos, pensando en aquellos casos de personas que están recibiendo un tratamiento y su Isapre quiebra en el intertanto.

El **señor Director** reiteró que el vocablo “podrá” entrega la opción de que Fonasa pueda negociar convenios y precios, obligándolo en todo caso a responder a una situación crítica frente a una Isapre que entra en una insolvencia tal que tenga que cerrar.

Recordó que la forma de establecimiento de precios de las Isapres respecto de sus proveedores no es la misma que en Fonasa, contando en este último caso con una ventaja importante, pues Fonasa utiliza los grupos relacionados por el diagnóstico, que es una forma de pagar la salud en base a resultados donde se ahorra recursos. Especificó que tal mecanismo no es utilizado por las Isapres, pues pagan por cada acto, ya que en su modelo de negocio siempre han estado trasladando los precios a las primas.

Reiteró, por tanto, que Fonasa tiene otra forma de pagarles a las clínicas, lo cual se ha mantenido desde el año 2010 a la fecha. Agregó que la manera de proceder de Fonasa siempre tiene presente el derecho de las personas, asegurándoles la calidad de atención que han tenido.

El **Honorable Senador señor Lagos** expresó que, más allá del debate que pueda darse sobre la redacción de las normas, si no es Ejecutivo el que presenta una indicación para cambiar el verbo “podrá” por “deberá”, cualquier otra indicación parlamentaria sobre la materia sería, a su juicio, inadmisibile.

El **Honorable Senador señor Edwards** advirtió que el tema discutido es clave, pues si Fonasa entrara a negociar con los prestadores, la persona que se encuentra en pleno tratamiento se verá sumamente afectada.

El **Honorable Senador señor Coloma** mostró

preocupación sobre el vocablo “podrá” en ambas normas, pues apuntó que no debía pasarse por alto el rol que le corresponde desempeñar a la Comisión de Hacienda, que es pronunciarse sobre los aspectos financieros de las iniciativas legales. Agregó que, para el caso particular de la presente iniciativa legal, el total de gasto que se proyecta sería de \$1.500 millones en régimen.

Resaltó que la redacción de las normas, así como las opciones de inclinarse por utilizar la palabra “podrá” o “deberá” repercutirá directamente en el costo de la iniciativa legal. Apuntó que si el Estado debe adoptar las medidas que consideran las normas, a su juicio, subirían los costos en una magnitud importante.

Reflexionó que para que Fonasa pueda proceder debe saber que cuenta los recursos para atender a aquellas personas afiliadas a alguna Isapre que termine cerrando.

Pidió tomar conciencia sobre la aprobación de un proyecto de ley donde se le entregue una decisión de esta naturaleza a Fonasa, considerando que recoge una contingencia que es del todo posible que termine ocurriendo.

El **Honorable Senador señor Núñez** manifestó que no debe pasarse por alto la situación que se estaría generando en la actualidad de no aprobarse el presente proyecto de ley. Puntualizó que, según entiende, si una Isapre llega a quebrar los afiliados no tendrían garantías de ningún tipo.

Pidió tener presente, más allá de la visión que se tenga sobre el sistema de Isapres, las cuales, a su juicio, han abusado permanentemente de sus afiliados, que deben existir medidas para controlar el colapso, pero que tampoco legitimen el abuso, entregando la posibilidad que Fonasa pueda asegurar prestaciones.

Llamó a tener presente la situación crítica en la que se encuentra un afiliado ante el riesgo cierto que su aseguradora quiebre. Por lo anterior, resaltó que el proyecto de ley refleja la responsabilidad que tiene el Gobierno de hacer frente a esa situación.

Luego, la Comisión escuchó al **profesor señor Manuel Inostroza**, quien efectuó una presentación, en formato ppt, del siguiente tenor:

**4 reflexiones con datos y una propuesta de solución para la ley corta de ISAPRES y sus indicaciones (3 noviembre y 5 enero)**

**En base a informes ISPAB 2023**

**Editores: Héctor Sánchez y Manuel Inostroza**



### **Reflexión 1:**

**La ley corta de ISAPRES y su actual articulado e indicaciones no evitan la caída de los planes de ISAPRES, solo intentan tarde y mal administrar sus consecuencias**

- El 5 de mayo de 2023 el superintendente Torres informó que por fallo de las TFR de la CS las ISAPRES debían devolver \$1.450 millones de dólares y que quedaban con un desequilibrio financiero futuro de \$480 millones de dólares anuales, lo que motivaba el envío de un proyecto de ley corta de ISAPRES para evitar su caída y una crisis sistémica.

- El gobierno en la ley de reajuste del sector público con el ICESA adelantado (estimación de +2,8% promedio), solo adelanta un flujo por 3 meses, período en el que igual quedaría un 78% de déficit permanente por la aplicación del fallo GES (-12.7% promedio).

- En la ley, el artículo 3.c. e indicación 13.c de 3 de noviembre, propone un reajuste del precio base sin especificar montos o porcentajes (todo o nada; poder discrecional de autoridad unipersonal y con un consejo meramente consultivo), y anuncia una propuesta genérica de reforma para octubre de 2024.

- Con todo, los datos de la SIS entregados el 8 de Enero de 2024, con el actual proyecto de ley y sus indicaciones, nos señalan que la deuda retrospectiva estaría en 1.180 millones de dólares (-18,6%) y el desequilibrio financiero prospectivo permanente sería de 580 millones de

dólares (+20,8%).

y caerían igual.

- No hay mucha diferencia respecto hace 8 meses

### Reflexión 2:

**La diferencia entre el podrá y deberá para la cobertura por 6 meses de los enfermos de ISAPRES GES, CAEC y GES-CAEC. Una diferencia que tiene un costo fiscal que varía entre cero y \$332.741 millones**

- El informe financiero de esta ley no calculó su impacto fiscal ya que sería un gasto contingente.

- El podrá es una decisión unipersonal del director de FONASA designado, que en un extremo puede costar cero pesos si su evaluación es negativa.


- El deberá es una decisión tomada por los parlamentarios del Congreso, la que el director de FONASA está obligado a cumplir.

- Camilo Cid en T13 radio: según yo y nuestros abogados no hay diferencias y el podrá igual obliga. Si esto fuera cierto calculamos su costo:

#### Estimación de costo fiscal por cobertura GES, CAEC y GES-CAEC por 6 meses, según ISAPRE.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Prestaciones Bonificadas de ISAPRES, Superintendencia de Salud, 2023

ISAPRE	GES	CAEC	GES-CAEC	Total
Colmena Golden Cross S.A.	30.200.000.000	59.400.000.000	8.484.848	89.608.484.848
Cruz Blanca S.A.	27.860.000.000	18.360.000.000	16.880.000.000	63.100.000.000
Vida Tres S.A.	10.260.000.000	4.896.000.000	2.566.000.000	17.722.000.000
Nueva Masvida S.A.	9.840.000.000	10.760.000.000	3.214.000.000	23.814.000.000
Banmédica S.A.	40.960.000.000	24.140.000.000	12.380.000.000	77.480.000.000
Consalud S.A.	33.860.000.000	17.800.000.000	9.060.000.000	60.720.000.000
Esencial S.A.	277.800.000	-	19.121.068	296.921.068
<b>Total</b>	<b>153.257.800.000</b>	<b>135.356.000.000</b>	<b>44.127.605.916</b>	<b>332.741.405.916</b>

- Este cálculo no incluye las coberturas legales extracontractuales 

### Reflexión 3:

**La estimación de precio de la MCC es muy relevante. Un valor muy alto puede significar que muchos de los que la necesitan no puedan pagarlo**

- La nueva MCC es una buena idea.
- Según FONASA su precio o prima de equilibrio sería de \$29.388 por beneficiario (marzo 2023).
- Según ISPAB conservadoramente (selección

adversa y riesgo moral), en base a siniestralidad directa 58% 2018-2022 (AACH 2022) y con seguro catastrófico, su precio va desde los \$49.147 por persona (escenario de 3,7 millones con rentas sobre \$1 millón), hasta los \$51.214 (escenario de 2,1 millones con rentas sobre \$1,5 millones), dado que **NO** mejora la cobertura financiera de la MLE de cargo del FONASA.

- Camilo CID ha dicho:

- La MCC no incluye fármacos, se dan en la MAI, sin embargo, en marzo 2023 (slide 18) se señala que  **cubre aparte de prestaciones MAI y MLE, fármacos, prótesis y otros**. Los actuales seguros complementarios cubren fármacos.

- Además, comenta nuestra metodología, pero no muestra la de FONASA y sus cálculos.

- En consecuencia, las personas de ISAPREs o la cuenta la pagan en aumentos de precios base o en pagar la nueva MCC: el 2023 pagaron 1.356 millones de USD en cotización adicional en ISAPREs v/s 1.426 a 2.510 millones de USD que pagarían adicionales al 7% en FONASA por la MCC.

- Estos datos **NO** incluyen el efecto P x Q de un mayor gasto fiscal por el uso de la cobertura de FONASA en MLE y MCC (FAM), que paso de \$431.255 millones en 2020 a \$703.599 millones en 2022 (+63%, FONASA 2024).

#### Reflexión 4:

**La sola coexistencia de la MCC con los seguros complementarios generará un retroceso en la regulación del aseguramiento privado**

Los problemas regulatorios de los seguros complementarios según la SIS:

- Falta de transparencia e información para la toma de decisiones de los beneficiarios.

- Falta de ciertos mínimos regulatorios presentes hoy en ISAPREs:

- Beneficios de duración anual con termino de contrato por siniestros de salud (seguros individuales).

- Uso de tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios sin limitaciones.

- Sin bandas de precios o índices de incrementos

de costos.

- Una menor regulación que implica la indefensión de los beneficiarios ante la imposibilidad de resolver juicios arbitrales o reclamaciones administrativas ante un órgano regulador.

- Originalmente se proponía en la SIS supervigilar y controlar al Fonasa en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios en la nueva MCC.

- En las indicaciones del 3 de nov.: *“sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro”*. Por lo tanto, la SIS solo puede fiscalizar los elementos procesales de la MCC, pero no puede fiscalizar su operación o entrega de los beneficios a los propios beneficiarios.

- Cambio relevante ya que en el propio programa de gobierno del presidente Gabriel Boric, compromiso N° 11: *“Generaremos un sistema universal de salud a través de un Fondo Universal de Salud, pasando las Isapre a ser seguros complementarios voluntarios regulados por la Superintendencia de Salud”* (pág. 26).

#### **Propuesta de solución:**

**En base a los 2 comités de expertos convocados por la comisión de salud del senado y que hasta ahora el gobierno no ha querido considerar**

1. Acotar la deuda retrospectiva actual de \$1.180 millones de dólares, en base a mutualización (compensación entre contratos) o uso de pivote promedio hombre-mujer en vez de solo pivote hombre (compensación con un valor superior de factor de riesgo). Esto genera una deuda aproximada menor entre \$450 a \$480 millones de dólares, una rebaja del 60% aprox. y genera menor presión al reajuste del precio base de los planes para compensar estas devoluciones.

2. Compensar la deuda y el desequilibrio prospectivo con ajustes de precios base solo de los planes afectados y no a los planes que desde abril del 2020 hasta ahora ya ajustaron sus precios base por la nueva tabla de la circular 343 de la SIS. Estos porcentajes de reajuste por ISAPRE se debieran calcular y quedar definidos en la ley para evitar el riesgo de discrecionalidad de la autoridad.

3. Cambiar el modelo de negocio que se ha hecho inviable judicial, política y técnicamente y evitar que se reproduzcan nuevamente estos problemas en los próximos meses o años, concordando un conjunto acotado de reformas legales a las ISAPRES para llevarlas a la seguridad social:

- i) Eliminar declaración de salud.
- ii) Crear un Fondo de compensación de riesgo Interisapres.
- iii) Definir un Plan de salud estándar o único de ISAPREs.
- iv) Explicitar mecanismos de contención de costos (contratación online, mecanismos de pago que comparten riesgo, APS como modelo de atención, SIL).

4. Esta propuesta si tiene efecto fiscal cero y acota los efectos por uso de la MCC

Durante la presentación, específicamente en la lámina alusiva a la Reflexión 3, el **Honorable Senador señor Núñez** preguntó sobre la manera de cálculo para arribar a la cifra de US\$ 2.510 millones que las personas pagarían en Fonasa por la Modalidad de Cobertura Complementaria, la cual dista de lo que se ha informado sobre el particular durante la sesión por el señor Cid.

El **señor Inostroza** explicó que para arribar a tal cálculo se multiplican los \$50.000 que, según sus estimaciones, costaría en promedio la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria, por la cantidad de personas que estarían en disposición o en la necesidad de adquirirla, para no tener que estar en las listas de espera de la Modalidad de Atención Institucional.

Continuó señalando que en un escenario posible tal valor se multiplica por doce meses por 2.100.000 personas, que son aquellas personas con rentas superiores a \$1.500.000 y podrían pagar este seguro complementario, lo que arroja como resultado la suma de US\$ 1.426 millones. Agregó que, en un segundo escenario, se multiplica por todas las rentas que superen \$1.000.000, equivalentes a 3.700.000 personas, lo que da como resultado la suma de US\$ 2.510 millones.

Al término de la presentación, el **Honorable Senador señor Núñez** pidió a Fonasa poder hacerse cargo de las cifras y costos señalados en la presentación del señor Inostroza, para saber si tiene o no un asidero la estimación de US\$ 2.510 millones contenida en la presentación.

El **señor Torres** clarificó primeramente, respecto de la proyección del ICOSA, que la movilidad de los costos operacionales de las Isapres habitualmente se modifican bastante en el último cuatrimestre del año, por lo que estimó que no resulta posible hacer una extrapolación

respecto del comportamiento del año anterior.

Enseguida, precisó que en el año 2023 el ICESA que se determinó fue de un 2,6%, sin embargo, la ley de reajuste del sector público eliminó la contención que genera el efecto de la Modalidad de Libre Elección de Fonasa. Destacó que si no se hubiese hecho el referido ajuste el ICESA habría estado por sobre el 4%.

El **señor Cid** agregó que las cifras que se han entregado por el señor Inostroza dicen relación con supuestos diferentes. Preciso que en el estudio del expositor se insiste en considerar los medicamentos. Por lo anterior reiteró, en caso de que no se hubiese dado a entender claramente en sus intervenciones previas, que lo que se incorpora son los medicamentos que se usan en las atenciones de salud, como sería el caso de una intervención quirúrgica. Puntualizó que los medicamentos que no se consideran son aquellos de demanda libre.

Continuó señalando que respecto a otro punto recogido en la presentación del señor Inostroza, alusivo al cambio en el precio y los seguros catastróficos, como Fonasa están considerando el seguro CAEC de las Isapres y no los seguros catastróficos que ofrecen las compañías de seguros.

Pidió tener presente en la discusión que se está proponiendo un mecanismo nuevo, donde Fonasa recomienda a las personas que quieran mantener sus beneficios de cobertura financiera que puedan tomar seguros complementarios, los cuales tendrá disponible en base a una licitación previa, asegurando una serie de condiciones que desde Fonasa han estimado como más convenientes.

Explicó que el informe financiero no debe reflejar el financiamiento de estos seguros, pues se está apostando a la diferencia generada por las personas que cotizan en Isapre, en un 11% en promedio, y no por el 7%, detectándose una diferencia de \$36.000. Por lo anterior, observó que, para igualar las condiciones, no correspondería suponer o estimar que su costo superará los \$36.000. Agregó que incluso debiese costar bastante menos ya que Fonasa no va a destinar los cerca de \$380 mil millones que gastan las Isapres en administración.

Sobre las reflexiones de la presentación del señor Inostroza, llamó a tener presente que el proyecto de ley en cuestión se perfila como una ley corta de Isapres, y no de reforma, haciéndose cargo de dar cumplimiento a lo mandatado por la Corte Suprema en su sentencia de noviembre de 2022.

El **Honorable Senador señor Edwards** consultó al Ejecutivo su parecer sobre la Reflexión 2 contenida en la presentación del expositor. Sostuvo que, según entendió de la intervención del señor Inostroza, la deuda que se le está imputando al sistema completo de Isapres

equivale a 33 veces la utilidad anual de la industria.

Reiteró que cuando se realiza una imputación como aquella es bastante sensato pensar que algunas de estas aseguradoras van a quebrar. Asimismo, señaló que según el informe financiero de la iniciativa legal no se está considerando recurso alguno para el tratamiento de personas que, en el caso potencial que cierre una Isapre, migren a Fonasa.

Volvió a mostrar su preocupación sobre aquellas personas con enfermedades complejas que quedarán sin atención o empeorarán en su estado de salud, a la espera que Fonasa negocie las condiciones para ser atendidos.

Solicitó poder aclarar este punto, pues el informe financiero da a entender que ninguna aseguradora quebrará y que ninguna persona llegará desde las Isapres a Fonasa o, peor aún, se está asumiendo que desde Fonasa estas personas correrán el riesgo de enfermarse aún más a la espera de que el Fondo negocie su tratamiento.

El **Honorable Senador señor Coloma**, agradeciendo la presentación del señor Inostroza, manifestó la importancia de que los informes financieros deban situarse en todos los casos. Consultó sobre las cifras que se manejan respecto del alcance por inclinarse en las dos normas antes comentadas por el vocablo “podrá” o “deberá”, e inquirió al Ejecutivo si, suponiendo que hay un gasto detrás, la cifra entregada por el señor Inostroza se encuentra correcta. Aclaró que lo anterior es del todo esencial si es que se busca dar una respuesta ante el cierre de alguna Isapre.

Reflexionó que una alternativa puede considerar gastos por sobre US\$ 2.000 millones, mientras que la otra posibilidad es informar cero costo fiscal, como se señala en el informe financiero. Apuntó que, así como se sostiene que los gastos no alcanzarán los US\$ 2.000 millones, tampoco puede concluirse que no habrá costo alguno.

En segundo término, en cuanto a la afirmación contenida en la ppt del expositor, en aquella parte donde se propone como solución “compensar la deuda y el desequilibrio prospectivo con ajustes de precios base solo de los planes afectados y no a los planes que desde abril del 2020 hasta ahora ya ajustaron sus precios base por la nueva tabla de la circular 343 de la SIS”, opinó que, teniendo sentido, no lograba comprender los efectos prácticos de la medida.

Finalmente, llamó a abordar responsablemente los gastos financieros de la presente iniciativa legal, considerando el tenor del informe financiero y la magnitud del cambio normativo propuesto.

En sesión de la tarde, el **abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez**, se refirió a las facultades conferidas a FONASA y explicó que la preocupación y el espíritu de la iniciativa es dar continuidad en el tratamiento de las personas que lo necesitan. Para lograr dicha continuidad, hizo presente que se debe tener en cuenta que FONASA debe contar con las competencias y las facultades para ello y que le deben ser conferidas por ley.

Mencionó que ejemplo de lo anterior es el caso de aquellas personas que han obtenido tratamientos con medicamentos de alto costo a través de una sentencia judicial. Agregó que en estos casos, para que FONASA pueda dar continuidad a esos tratamientos se requiere de una norma que expresamente lo habilite para que los pacientes no deban, nuevamente activar la vía judicial.

Observó que otras dos hipótesis son especiales porque se insertan en un contexto más general; así, respecto del GES FONASA ya tiene el deber garantizar y dar cobertura a las patologías del GES, de modo que lo que hace el proyecto de ley es procurar que la continuidad del tratamiento sea lo más expedita posible, porque en el GES, para entregar la cobertura y dar los tratamientos necesarios se requiere cumplir distintas etapas. Puntualizó que de no existir esta disposición las personas tendrían que volver a la lista y hacerse el diagnóstico para que una vez este fuera formalizado FONASA pueda otorgar el tratamiento.

En razón de lo anterior resaltó que esa norma se asienta sobre un deber que ya existe y faculta a FONASA para que, en lugar de obligar a las personas a entrar nuevamente al sistema, pueda entregar y garantizar el tratamiento derechamente y en la etapa de tratamiento en que se encuentre. Lo anterior se establece en el artículo octavo transitorio de la iniciativa que se discute.

En cuanto al CAEC, refirió que FONASA tiene el deber de entregarle cobertura a esos tratamientos y por ello cabe preguntarse en qué condiciones y bajo qué contexto. Al respecto, señaló que lo que procura la norma relativa al CAEC, es poner atención al prestador que está entregando la atención, de tal manera que se entrega la facultad a FONASA para que las personas puedan seguir recibiendo la atención con el mismo prestador.

Precisó que en ese caso se utiliza la expresión “podrá” y no la expresión “deberá”, para que FONASA no quede preso de una fijación de precios por parte del prestador en términos de otorgarle un poder exorbitante que le permita abusar de su posición y cobrar, por ese paciente, lo que estime conveniente.

Hizo hincapié en que con esta iniciativa se persigue que FONASA pueda darle continuidad al tratamiento con el prestador que no es necesariamente el de FONASA y por el tiempo que sea

necesario, para lo cual requiere del mandato legal y a través de este proyecto de ley se le entrega a FONASA la facultad y la flexibilidad que requiere para no quedar preso de la fijación de precios que pueda establecer el prestador.

Acotó que, en ese contexto, cada una de las tres hipótesis reguladas en los artículos transitorios apunta a una preocupación especial para que se pueda cumplir el objetivo, que es lograr la continuidad de los tratamientos de aquellas personas que viniendo de una Isapre que cae en insolvencia, terminen en FONASA.

La **señora Ministra** explicó que en el informe financiero se plantearon dos situaciones por parte del señor Inostroza que son, por una parte, el quiebre de todas las Isapre y, por otra, el traspaso de la totalidad de las personas con GES y coberturas catastróficas hacia FONASA y lo que implicaría ello en costos que sería de una magnitud relevante, sin considerar el traspaso de las cotizaciones.

Asimismo, observó que han planteado algunos Senadores que el informe financiero se refiere a gastos contingentes en el entendido de que las personas se traspasen desde Isapre a FONASA. Al respecto, hizo presente que el proyecto de ley que se discute está tratando de evitar una crisis sistémica y reducir las posibilidades de quiebra de las Isapre y que cuando las personas efectivamente se traspasen aporten con una cotización.

El **Honorable Senador señor Coloma** expresó que, si bien se entiende la lógica de facultar a FONASA, cabe preguntarse qué pasa con el paciente, toda vez que también pudo plantearse de manera imperativa en lugar de facultativa dicha decisión para FONASA.

Agregó que al utilizar la expresión “podrá” se generan dudas respecto de la situación del paciente que eventualmente queda desamparado.

Asimismo, a propósito del GES, observó que resulta importante saber si se está cumpliendo y poner ese dato sobre la mesa porque si existe un 3% de personas que terminan no teniendo acceso al GES y además se establece que FONASA “podrá”, haciendo facultativa dicha capacidad, podría generarse una situación compleja.

El **Honorable Senador señor Lagos** refirió que queda la impresión de que al usarse la expresión “podrá” quedaría en el aire, no solamente lo que ocurra con las Isapre, sino que también lo que ocurra con los pacientes. Añadió que no queda claro tampoco si la facultad se encontraría sujeta a alguna condición, lo que deja una percepción de quedar relativamente abierto este punto.

Agregó que posteriormente puede discutirse el

costo, porque si es facultativo y la facultad no se ejerce, el costo será cero; pero si es imperativo habría que discutir en qué condiciones y cómo.

El **Honorable Senador señor Edwards** expresó que del artículo octavo transitorio se entiende que FONASA podrá a su cargo autorizar 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.

Señaló que lo anterior deja a total discreción por parte de FONASA si lo hace o no lo hace incluyendo la categoría de asignar un prestador por cuanto la redacción de la norma no permite suponer claramente que FONASA estaría obligado a continuar el tratamiento con el mismo prestador.

En razón de lo anterior, agregó que bastaría con agregar que el prestador tendrá que mantener las condiciones, por ejemplo, pero dejar la disposición tal como está es concordante con que el informe financiero señale un costo igual a cero.

La **señora Ministra** explicó que el régimen de Garantías Explícitas de Salud es un derecho legal, otorgado por ley, que tienen las personas de acceder a éstas y para ello se dictó la ley que así lo establece el año 2005, y tiene una entidad que es la Superintendencia de Salud, que se preocupa por que se cumplan las garantías de salud para las personas, de modo que al facultar a FONASA no se deshabilita la garantía legal que tienen las personas de acceso a la atención del GES.

El **señor Superintendente** resaltó que resulta importante comparar la norma que se propone con lo que actualmente existe a fin de entender que la propuesta mejora las condiciones, toda vez que en el caso de un paciente GES que se cambia de Isapre por cualquier motivo, la Superintendencia ha instruido que se mantenga la tabla en la que está, es decir, si está en tratamiento, que no tenga que volver a confirmación diagnóstica. No obstante ello, la atención se realiza en la red de prestadores de esa Isapre, por lo tanto eso podría significar también cambiar el prestador, de modo que si un paciente está en la Isapre A con un prestador y la Isapre B tiene convenio con otro prestador, hoy día la normativa permite mantener la etapa pero en la red de prestadores de la nueva Isapre.

Hizo presente que en el caso de FONASA la situación es más compleja, porque si hoy día un paciente de Isapre va a FONASA vuelve a confirmación diagnóstica, de modo que la posibilidad de facultar a FONASA permitiría hacer valer la garantía de oportunidad en la misma etapa en la que se encuentre actualmente e incluso, eventualmente, con el mismo prestador, porque si la garantía de oportunidad se va venciendo, podría asignarse un segundo prestador y hasta un tercer prestador.

Debido a lo anterior expresó que la condición actual es peor que la redacción de la norma propuesta, por cuanto esta última mejora o iguala al sistema de Isapre las condiciones de los pacientes respecto de lo que actualmente existe.

El **Honorable Senador señor Lagos** planteó que, si bien se observa un mejoramiento respecto de lo que se tiene actualmente, ello no obsta a que a que sea imperativo y no facultativo.

Enseguida la Comisión escuchó al **Jefe del Subdepartamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos, señor Pablo Jorquera**, quien efectuó una presentación, en formato ppt, del siguiente tenor:

### **Informes Financieros**

#### **Antecedentes**

En el marco de esta tramitación, se han presentado 5 Informes Financieros:

- 1.- I.F. N°90/2023
- 2.- I.F. N°236/2023, sustituyó al I.F. N°90/2023
- 3.- I.F. N°4/2024
- 4.-I.F. N°24/2024
- 5.- I.F. N°30/2024

A continuación, se analizará en detalle el I.F. N°236/2023, único con gasto, que representa la totalidad de los costos que se han asignado a este proyecto de ley.

#### **Modalidad de Cobertura Complementaria**

#### **Estimación efectos fiscales**

La razón por la que se habla de Ingresos y Gastos potenciales es que existe incertidumbre sobre la cantidad de beneficiarios que ingresarán a esta nueva modalidad del FONASA

#### ***Ingresos Potenciales***

- Corresponde al 7% de la remuneración imponible mensual de las cotizaciones que se inscriban en FONASA.

#### ***Gastos Potenciales***

- Subsidio a la Incapacidad Laboral
- Atención Primaria de Salud

- Modalidad de Atención Institucional (MAI)
- Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)
- Modalidad de Libre Elección: se supone \$0 al estar completamente sustituido por MCC.

### Efecto Fiscal MCC

#### Modalidad de Cobertura Complementaria – Ingresos y Gastos Potenciales

(Millones de \$2023)

Escenario	Número de Cotizantes en MCC	Ingreso Cotizaciones	Gasto SIL	Gasto APS	Gasto en MAI	Gasto Bonificación MCC
100% Universo	1.238.539	1.865.470	936.716	168.609	264.738	428.098
50% Universo	619.637	932.879	469.648	84.354	132.447	213.443
40% Universo	495.937	747.569	375.605	67.514	106.007	171.364
30% Universo	371.550	560.413	281.357	50.581	79.419	129.039
20% Universo	247.733	373.136	188.066	33.725	52.953	85.742
10% Universo	124.628	187.677	92.951	16.966	26.639	43.101

### Gastos de Administración MCC

Se considera que la creación de la MCC implicará una mayor carga de trabajo para el FONASA, en particular para la creación y administración de esta nueva modalidad.

Para cubrir lo antes mencionado, se contempla la contratación de **26 funcionarios** en el primer año de implementación, considerando únicamente los costos de creación e implementación de la nueva modalidad. Se acompaña el detalle de las divisiones que serán fortalecidas.

División	Año 1
División Comercialización	9
División Contraloría	2
División Fiscalía	2
División Gestión Financiera	2
División Tecnologías de la Información	5
División Desarrollo Institucional	6
<b>Total</b>	<b>26</b>

#### **Mayor gasto fiscal para FONASA**

(\$Millones de 2023)

Subtítulo	Año 1	Años Sigüientes
Gastos en personal	471	942
Bienes y servicios de consumo	1.002	623
Adquisición de activos no financieros	30	0
<b>Total</b>	<b>1.503</b>	<b>1.565</b>

### Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

El Consejo estará constituido por cinco personas, cuyas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, el proceso de evaluación y

selección de candidatos para la terna tiene un costo promedio por vacante de 7,6 millones de pesos.

Los consejeros tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a **quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario**. Así, cada consejero/a podrá recibir como máximo 720 UF al año.

#### Mayor gasto fiscal por Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud (\$Millones de 2023)

Ítem	Año 1 - Régimen
Monto Máximo Dieta por Consejero/a	26,2
Total (5 consejeros)	131

#### Continuidad de Tratamientos

Las indicaciones establecieron que ante la aplicación de la cancelación del registro para afiliados y beneficiarios de ISAPRES en situación de insolvencia FONASA podrá, a su cargo:

- i. Dar continuidad a la intervención sanitaria que estuviere en curso de personas que estén recibiendo prestaciones GES, asignándole un prestador para tales efectos.
- ii. Otorgar cobertura financiera, por un plazo de hasta seis meses, de quienes contaran con un CAEC activo en su ISAPRE.
- iii. Dar continuidad al otorgamiento y cobertura de prestaciones de salud que por sentencia definitiva de tribunales de justicia tengan derecho a la cobertura financiera con cargo a su ISAPRE.

El efecto que se derive de la aplicación de estas medidas depende de la insolvencia efectiva de una o más ISAPRES. Por ello, la estimación de costos es contingente a que ocurra el evento, por ende, este **es indeterminado**.

Se propone que, ante un eventual cese de registro de una ISAPRE, FONASA entregue continuidad a los tratamientos de las Garantías Explícitas de Salud (GES) o de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). Para el caso de GES se deberá dar continuidad al tratamiento asignándole un prestador para tales efectos, pero **a los afiliados que tengan activado un CAEC, se les deberá otorgar continuidad de su tratamiento hasta por seis meses desde la incorporación automática al FONASA, debiendo ser dicha continuidad en el prestador designado por la ISAPRE antes de la cancelación del registro.**

**Con todo, se hace presente que los costos estimados a continuación sólo serán relevantes si es que existe un mandato legal, mas no una facultad administrativa.**

Para el cálculo de la continuidad de los tratamientos, se utilizaron los datos de la Superintendencia de Salud, en donde se muestra todo lo facturado por las ISAPRES por GES, CAEC y GES-CAEC. Es importante señalar **que no se consideran los costos asociados a la continuidad de los tratamientos GES**, toda vez que no existe el mandato legal de mantener el mismo prestador. Esto implica que los tratamientos GES se realizarán conforme a las reglas establecidas para el FONASA, la cual ya incluye cobertura GES.

El monto destinado exclusivamente a CAEC y GES-CAEC ascendió a **\$362.146 millones** (pesos 2024). Con todo, **este no es monto que el FONASA tendría que asumir**, toda vez que la continuidad de tratamiento en el mismo prestador será sólo por 6 meses. Por eso el costo de esta medida será, a lo más, la mitad de eso, lo que equivale a **\$181.073 millones del 2024**.

Considerando lo explicado anteriormente, es importante señalar que existe una incertidumbre propia de la situación actual lo que implica que **la estimación de costos es contingente a que ocurra una o más cancelaciones de registro**.

Asimismo, si no hay una cancelación total de los registros, no es posible determinar cuántas personas pasarán a otra Isapre y cuántos a FONASA.

Esto hace imposible determinar un costo de esta medida. De esta forma, y al igual que MCC, al no poder determinar cuánta gente va a traspasarse al FONASA, se presentan los siguientes escenarios.

**Mayor gasto fiscal por Continuidad de Tratamientos**  
(\$Millones de 2024)

<b>% Traspasos al FONASA</b>	<b>Gasto por Continuidad de Tratamientos</b>
<b>100%</b>	<b>181.073</b>
<b>50%</b>	<b>90.536</b>
<b>40%</b>	<b>72.429</b>
<b>30%</b>	<b>54.321</b>
<b>20%</b>	<b>36.215</b>
<b>10%</b>	<b>18.108</b>

El **Honorable Senador señor Lagos** hizo presente que es entendible que para determinar los recursos que se puedan

requerir resulte necesario determinar elementos que se desconocen, como, por ejemplo, saber cuántas Isapre caerán en insolvencia, cuántas personas serán traspasadas a FONASA, cuántas de esas personas tienen enfermedades preexistentes, etc. No obstante, aseveró que eso en nada responde la dicotomía entre lo facultativo y lo imperativo.

Continuó señalando que, si fuera imperativo, surgirían las mismas interrogantes, de tal manera que el hecho de no conocer el costo y entendiendo las dificultades, la pregunta que sigue dando vueltas es si esa incertidumbre se aplica tanto cuando es facultativa la decisión de ir en rescate o cuando es imperativa. Al respecto hizo presente que no se ha explicitado bien el fundamento para establecer la decisión de manera facultativa para FONASA y tampoco de qué dependería esa facultad.

La **señora Ministra** respondió que, en rigor, el hecho de que la decisión fuera facultativa y no imperativa fue producto del análisis que hizo el Ejecutivo acerca de la capacidad que debe tener FONASA de garantizar la capacidad de no pagar a cualquier precio la continuidad de las atenciones, entendiendo que hay una obligación de mantener la continuidad de los servicios.

El **Honorable Senador señor Insulza** expresó que resulta obvio esperar que todo el mundo se cambiará a FONASA al día siguiente si se parte de la base de que el sistema está desapareciendo, de tal manera que se estarían traspasando las atenciones pendientes de las Isapre al Estado y ese no es el objetivo que se persigue.

El **señor Director** puso de relieve que se trata de una facultad que está en la ley y que es un deber, en términos de que FONASA debe dar GES a sus beneficiarios conforme a sus enfermedades y eso ya está en la ley de modo que lo que se está discutiendo es un diferencial que implica fundamentalmente el precio de los prestadores y el convenio que se tenga; por lo tanto, esa es la flexibilidad que se pretende conseguir mediante la normativa que se propone.

El **Honorable Senador señor Gahona** se refirió a la capacidad de la red asistencial en cuanto a que, ante la eventualidad de la insolvencia de las Isapre y sin perjuicio de la Modalidad de Cobertura Complementaria, habrá un número importante de afiliados a Isapre que irá a FONASA y por lo tanto deberán acudir a la atención primaria, sobre todo aquellos afiliados de mayor riesgo, mayor edad, etc., frente a lo cual preguntó cómo está considerado aumentar o mejorar la capacidad de la Red de Atención Primaria en el país y si ello se encuentra considerado en el informe financiero.

La **señora Ministra** respondió que la atención primaria es un elemento fundamental y como Gobierno se está avanzando en universalizarla y generar capacidades para que el Sistema de Atención Primaria sea un sistema de atención con un nivel en el cual exista una

integración social que permita que todas las personas se atiendan en los consultorios, independientemente del seguro al cual se adscriban, incluyendo a aquellas personas que son beneficiarias de Capredena o de los otros seguros de las FFAA.

Añadió que en atención a ello se está trabajando en aumentar las capacidades de la atención primaria, y si bien no se avanza tan rápidamente como se quisiera, este año se alcanzarán 21 comunas con atención primaria universal, toda vez que se están incorporando 14 durante el presente año y varias de ellas son capitales de provincia como Arica, Angol, Tocopilla, Caldera, Illapel, La Pintana, Chillán Viejo, Valdivia, Puerto Natales y Aysén.

Puso de relieve que todas esas comunas tendrán atención primaria universal, de tal manera que se está trabajando en mejorar las capacidades de la atención primaria universal en el entendido de que es el nivel que permite que las personas tengan una mejor salud, no solamente atendiendo necesidades de atención de morbilidad, sino que tener controles de salud.

Hizo presente que se ha observado que las personas que han preferido estar en FONASA y aquellos que se han adscrito a FONASA al ingresar al mundo laboral recurren a la modalidad de libre elección, por lo cual no implican una carga directa para el Sistema de Atención Primaria, más allá de que lo que se busca es precisamente que se inscriban en la atención primaria para que tuvieran los beneficios de cuidar su salud.

Agregó que este punto fue presentado en su momento por el Director de FONASA en cuanto a cuál ha sido el uso y costumbre de los nuevos afiliados de FONASA, que son personas relativamente más jóvenes, masculinizados en relación al perfil habitual que tiene FONASA que es más feminizado y de mayor edad. Resaltó que lo anterior va de la mano de que efectivamente no ha habido un uso intensivo de la modalidad institucional, sino que más bien ha habido un uso de la MLE, no obstante, las personas hacen uso de todas las modalidades en algún momento. Puntualizó que, para la atención de urgencia, que actualmente es entregada de manera preponderante a través de la atención primaria en el sector público, se puede recurrir a esa atención.

Reiteró que se ha observado que estos nuevos afiliados que vienen de Isapre han optado por seguir usando sus mismos prestadores que tienen convenio con FONASA a través de la MLE.

El **señor Director de FONASA** agregó que se han llevado a cabo estudios de cohorte, de personas que se han cambiado desde 3 años hacia atrás y las conclusiones que se han obtenido de esos estudios es que las personas intentan conservar sus prestadores a través de la modalidad de libre elección, hay alrededor de un 15% que se inscribe en la

atención primaria y uno de cada cien casos aparece en alguna prestación hospitalaria, de modo que no significa que nunca se atiendan en el dispositivo público sino que mayoritariamente e intensivamente tratan de hacerlo conservando los prestadores que tenían.

**El Honorable Senador Gahona** observó que se entiende que la MLE es la que se tendería a usar por parte de las personas que migran desde las Isapre y también la MLE es usada en la atención hospitalaria y el FONASA cubre solamente hasta el 18% de los costos de la atención hospitalaria, por lo tanto, cabe preguntarse cómo se está utilizando la Red y cuánto es el impacto fiscal de las atenciones que se tendrá, sin perjuicio de que haya MCC y entendiendo que la cobertura de MLE para atención hospitalaria más compleja es bajísima.

Agregó que para llegar a un 65% se requieren por lo menos 40 puntos en términos de cobertura adicionales e incluso más que en el sistema de Isapre.

La **señora Ministra** señaló que efectivamente las personas que hoy día se atienden en la Modalidad de Libre Elección tienen menor cobertura financiera y eso está en la base del por qué se quiere crear esta Modalidad de Cobertura Complementaria y emular las coberturas financieras que tiene hoy día el sistema de Isapre en la atención hospitalaria, sin embargo no se debe dejar de lado que el Gobierno ha creado la modalidad del copago cero en que las personas que están en FONASA tienen copago cero en la modalidad institucional y que frente a una necesidad urgente tienen cobertura gratuita si son derivados desde el prestador público a uno privado porque no se tiene la capacidad suficiente, se hace esa derivación en forma continua y no solo para las Garantías Explícitas de Salud, puesto que para ello está la Unidad de Gestión de Camas del Ministerio de Salud en que derivan pacientes y que tuvo una actuación muy destacada durante la pandemia.

Reiteró que existe la posibilidad de derivar pacientes desde el sector público hacia el sector privado manteniendo la protección financiera y respecto de las personas que a través de la Modalidad de Libre Elección entran para una intervención quirúrgica electiva (no urgente), se está tratando de tener una mejor capacidad de cobertura financiera a través de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Agregó que como ya se ha señalado, son muchas las variables que inciden para poder contar con un buen cálculo sobre el impacto financiero. Refirió que las personas contribuyen con su 7%; y de hecho aquellas personas que se han incorporado a FONASA son lo que se denomina aportantes netos, es decir, se trata de personas jóvenes que usan poco el sistema de salud por lo tanto han ingresado en mayor cantidad en relación a lo que han utilizado las prestaciones de salud.

Puntualizó que lo anterior es una situación más

frecuente en los afiliados de Isapre que en los afiliados de FONASA, porque las Isapre, desde los años 80s, mantienen una serie de condiciones que producen un descreme que va justamente incorporando con mayor frecuencia a personas que tienen esta condición, esto es, que aportan más de lo que utilizan el sistema y respecto de las cuales, además, se cobraba menos, que es parte de aquello que se encuentra judicializado de acuerdo a la sentencia de la Excm. Corte Suprema.

Observó que lo anterior torna difícil tener un modelamiento respecto de cuánto será el impacto fiscal de ello y además hay otras variables que también están jugando como, por ejemplo, la reducción del uso de las licencias médicas que incidió muy fuertemente en la desestabilización financiera de las Isapre durante el segundo año de pandemia y también el hecho de que se esté discutiendo, en un proyecto paralelo, la subida del tope de la cotización en salud, lo que va a significar un incremento en la recaudación del 7%.

Respecto de las variables mencionadas refirió que se debe ir observando de qué manera suceden en el tiempo.

El **Honorable Senador señor Lagos** solicitó al Ejecutivo explicar las dos indicaciones presentadas.

La **señora Ministra** señaló que las indicaciones tienen el sentido de reponer un literal que permitía un alza extraordinaria de precios.

Recordó que el artículo 3 del proyecto de ley define el plan de pago y ajustes y la posibilidad originalmente de tener ajuste de precios que fue votado en contra y que en esta instancia se busca reponer. Así, en su literal a) se refiere a la propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo 2.

Luego, en el literal b) se establece que debe ir acompañado de una propuesta de reducción de costos para las Isapre. A continuación, se solicita incorporar un literal c) referido a una propuesta fundada de alza de precio base para todos contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de las personas afiliadas y beneficiarias.

Explicó que en ese caso la Isapre hace una propuesta y luego la Superintendencia de Salud, previa revisión de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de 5 días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada del plan presentado por cada Isapre.

Agregó que, en particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la

propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos.

Continuó señalando que esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuesta en el mismo plan y que se encuentran contenidas en el literal b). Por último, se dispone que cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia de Salud deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. Puntualizó que en contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

Señaló que en el evento de 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 30 días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones.

Agregó que, recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo, el que tendrá un plazo de 10 días para entregar su recomendación. Por su parte la Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan aprobándolo o rechazándolo y en este último caso procederán los recursos de reposición y jerárquico.

Puntualizó que 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 30 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 de 2005, 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, 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 personal. Luego se establecen sanciones en caso de incumplimiento.

Explicó que la segunda indicación del Ejecutivo incorpora, a continuación del artículo 3, un artículo 4, nuevo, que fue rechazado como consecuencia de haber sido votado en contra el literal c) del artículo 3 en la Comisión de Salud del Senado. Dicha disposición se refiere a la propuesta que debe entregar cada institución de salud previsional de conformidad al literal c) del artículo 3 respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1) del artículo 2 del proyecto de ley, señalando que se deberá aplicar sobre precio final del contrato y solo para estos efectos se entenderá que el precio final es el precio pactado menos el precio cobrado

por las Garantías Explícitas y el valor que las instituciones de salud previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

Se agrega que en la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En su inciso final se establece que, dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud, operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.

El **señor Superintendente** explicó que siempre ha existido una confusión respecto de cuál es el precio final respecto del precio pactado en el contrato. Al respecto, precisó que el precio final se refiere al plan complementario que está constituido por dos elementos; uno de ellos es el precio base y el segundo de ellos es la tabla de factores y detalló que el precio final se calcula por la multiplicación del precio base por la suma de los factores respectivos. Añadió que a lo anterior se suma la prima GES, CAEC y cualquier otro beneficio extraordinario lo que entrega un total pactado.

Puntualizó que la Excma. Corte Suprema ha aclarado en varios fallos y coincide con la redacción que se está planteando en este proyecto de ley.

Respecto del procedimiento sostuvo que cualquier acto administrativo debe ser fundado y que el hecho de que la Superintendencia tenga que aprobar, no significa que el Superintendente deba hacerlo, sino que la Intendencia de Fondos la que tiene esa potestad porque el Superintendente actúa en un reclamo jerárquico como última instancia. No obstante eso, además, si alguien sintiera que existe una afectación por arbitrariedad, tendrá la posibilidad de acudir ante los tribunales de justicia para poder clarificar aquello, de modo que el órgano administrativo no puede actuar de manera arbitraria.

El **Honorable Senador señor Núñez** expresó que este punto provocó bastante polémica en la Comisión del Salud del Senado, por lo que estimó importante poder comprender bien cuál es la lógica, porque en algunas notas de prensa se dice que esta normativa permitiría que los precios subieran desde 0,2% a 44%, lo que se referiría al precio final y no al precio base, por lo que solicitó al Ejecutivo aclarar ese punto.

Observó que también surgió la pregunta de por qué no habría un tope para esta alza, porque si bien la Superintendencia va

a recibir la autorización del Consejo, por qué no poner un tope toda vez que cuando se habla de alzas en los precios y se habla de Isapre, surge una profunda desconfianza y la situación de las Isapre es muy distinta, de modo que si no se establece un tope unas podrían maximizar ganancias, argumentos para justificarlas pueden haber y otras podrían no tener la necesidad de cubrir este nivel de ingresos.

Puso de relieve que lo de fondo es que se está permitiendo a las Isapre aumentar los precios base para tener más recursos y poder funcionar "sin riesgo de quiebra", pero se preguntó quién establece cuál es el riesgo de quiebra.

Manifestó su desconfianza acerca del riesgo de quiebra y estimó que es una forma de chantaje que se le hace al Gobierno y a los afiliados a Isapre. Observó que cuando se tiene un negocio y este tiene vaivenes, lo que hacen muchas empresas es poner de su capital propio para pasar el periodo negativo y acá, en lugar de aplicar esa lógica, tienen que ser los afiliados quienes entreguen las garantías de un flujo de ingresos para que la Isapre no quiebre.

**El Honorable Senador señor Edwards** solicitó al señor Superintendente explicar cómo se va a dar la decisión porque lo que ocurrirá es que una Isapre podrá subir en un 15% y otra podrá hacerlo en un 40% y en ese caso el Superintendente figurará aceptando que a un número importante de personas le suba el plan en un 40% el precio base, y a otros el 15%, por cuanto el Superintendente tendrá la prerrogativa de determinar cuál es el precio final, es decir, hacer quebrar a una Isapre o hacerla tener utilidades extra normales.

Estimó que pareciera que habría una responsabilidad total del regulador respecto de los intereses de los regulados.

**El señor Superintendente** recordó que la función del regulador es proteger los intereses de los beneficiarios, de hecho, la Excm. Corte Suprema, en el fallo relativo a la adecuación del precio base, ha establecido como válido el proceso de verificación que realiza la Superintendencia porque entiende que con ese proceso no hay unilateralidad ni arbitrariedad en el alza, porque hay un tercero que intercede en beneficio de los eventuales afectados.

Debido a lo anterior, destacó que la tendencia de la Superintendencia va a ser evitar un alza que no esté justificada y así la ley lo dice. Agregó que existen varios elementos que permiten comprobar, por la vía de la verificación si los números expresados corresponden a la realidad de la respectiva Isapre, lo que se debe analizar una a una.

Añadió que el plan, además, debe contener, por ejemplo, mecanismos de contención de costos, toda vez que se debe hacer

más eficiente el costo operacional que tienen hoy día las Isapre para no traspasar todo eso a alza de precio. De hecho, destacó que este proyecto de ley permite que las Isapre puedan avanzar en comercializar precios con planes paquetizados, con precios conocidos que permiten tener más controlada la inducción a la demanda y todo lo que implica la espiral inflacionaria. De modo que habría varios elementos que permitirían contener que el traspaso sea exclusivamente al precio final.

Aseveró que por una parte eso ya opera en la adecuación del precio base, de modo que se entiende que se puede objetivar, pero, además de eso, hay una evaluación previa que realiza el Comité de Expertos, que si bien no es vinculante sus conclusiones son públicas, de modo que habrá un control social respecto de por qué el Consejo dice A y eventualmente la Superintendencia dice B, lo que implica un esfuerzo en caso de discrepancia de tener que justificar. Estimó que la fórmula propuesta permitiría poder contener aquello no obstante lo que defina el Ministerio de Salud sobre la redacción en sí misma.

Respecto de cómo opera el sistema, porque actualmente no es el Superintendente, el órgano a cargo hacer esta evaluación es la Superintendencia de Fondos y la verificación de la adecuación precio base la hace la Intendencia y el Superintendente actúa como última instancia cuando exista algún tipo de recurso jerárquico para poder tener alguna instancia de alegato en aquellos casos en que las distintas instituciones sientan que han sido sobrepasadas o se ha tomado alguna decisión arbitraria respecto de ellas por parte del regulador.

**El Honorable Senador señor Edwards** preguntó cuáles van a ser los precios que las clínicas integradas le van a cobrar a las Isapre y las Isapre le van a cobrar a las personas.

Asimismo, consultó qué es la Superintendencia de fondos y como asegurar que el Superintendente no se verá afectado por un alza del 40% en términos de cómo se blinda la Superintendencia de tener que aceptar un alza que puede llegar a ser del 40%, considerando que hay Isapre que están integradas y otras que no y el precio, por tanto, no es el mismo en uno y otro caso.

**El Honorable Senador señor Lagos** observó que al tratarse de una decisión última y unipersonal del Superintendente, en caso de que una Isapre aumente en un 10% el precio base y otra lo haga en un 40%, habría que entender que hay una razón detrás de ello, por lo tanto, cabe preguntarse si habría algún margen de discrecionalidad del Superintendente que pudiera afectar el funcionamiento de la industria.

**El señor Superintendente** respondió que no habría margen discrecional en la medida que la decisión del Regulador debe fundarse, por lo tanto, hay elementos objetivos que, en el caso de la adecuación precio base hoy en día están muy claros, por cuanto hay un

cálculo de un indicador y además un proceso de verificación que tiene elementos claros y que la misma Superintendencia establece atendido que esto no se encuentra considerado en la ley, sino que la verificación fue producto de los fallos de la Excma. Corte Suprema.

Al respecto hizo presente que se encuentra en tramitación un proyecto de ley con el objetivo de que el proceso de verificación conste en la ley de manera definitiva.

En cuanto a las alzas, clarificó que las que se plantean no son alzas netas, porque el proyecto de ley establece dos tiempos; uno donde se ejecuta una baja, a propósito de la implementación de la tabla de factores en algunos casos sin la posibilidad de que haya alzas, y posteriormente viene el alza extraordinaria, por lo tanto, si se juntaran en el tiempo ambas situaciones, las alzas netas son mucho más bajas, incluso por debajo del 10%, sin embargo lo que ocurre es que en aquellas Isapre que más subieron el GES, hoy día la diferencia para poder llegar al punto de equilibrio, habiéndose ejecutado la tabla de factores, podría llegar en un porcentaje de su plan pero no en la totalidad hasta esa cifra, pero no es algo que vaya a suceder porque además hay una adecuación precio base que en marzo se va a ejecutar, como también, esta prima que se estableció por los menores de 2 años que van a absorber parte también de esa alza que no estaba calculada todavía, atendido que aún no se conoce el ICESA, sino que se conocerá el 20 de febrero.

Recalcó que parte de esta discusión se va a aclarar en la discusión posterior.

**El Honorable Senador señor Chahuán** puso de relieve la idea de que el Gobierno pueda reflexionar sobre la propuesta del Comité de Expertos que era minoría, pero era la propuesta de la FEN, respecto de la cual insistirá en la Sala junto al Senador Gahona, destacando que esa propuesta resultaba adecuada y que buscaba la sostenibilidad del sistema.

**El Honorable Senador señor Núñez** preguntó cuál es la propuesta de la FEN.

**El Honorable Senador señor Gahona** respondió que se repondrá en la Sala un mecanismo diferente al que propone el Ejecutivo en sus indicaciones toda vez que estimó que, independientemente de las opiniones jurídicas que pueda haber respecto de estos temas, los mecanismos que se discutieron en el Comité de Expertos sí son admisibles.

Explicó que cuando la Superintendencia calcula la deuda en una cifra de US\$1.400 millones se casa con esa cifra, lo que genera una expectativa en la comunidad y por eso el Ejecutivo está entrampado y amarrado en esa fórmula de cálculo que a su juicio es errada y eso es lo que dice la facultad de Economía y Negocios de la Universidad de

Chile.

Al respecto señala que la fórmula en que calcula la Superintendencia determina como precio base un precio que es en los varones entre 29 y 34 años, el que es distinto a la realidad que tenían las Isapre antes de la aplicación de la tabla única de factores porque la realidad que tenían las Isapre antes de ello correspondía a un precio mixto por cuanto a las mujeres se les cobraba una cantidad determinada y a los hombres una cantidad bastante menor, por lo tanto se debiera calcular lo que señala la Excm. Corte Suprema sobre ese precio mixto y no considerando solo a los varones, que no es el precio real o el costo técnico de las prestaciones en los precios base.

Por su parte, el cálculo que hizo la Superintendencia para determinar los US\$1.400 millones no incluye los factores de maternidad, entre otros.

En razón de lo anterior, estimó que el mecanismo de la FEN se ajusta mucho más a la realidad, de acuerdo a lo expuesto por el profesor Alvaro Clarke en su oportunidad, lo que también fue avalado por Espacio Público; el Frente Amplio representado por el señor Cristóbal Cuadrado, etc.

El **Honorable Senador señor Núñez** solicitó oficiar a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile a objeto de precisar si la propuesta aludida es la opinión de un académico o de la FEN, ya no es la idea que se utilice el nombre de una facultad para entregar legitimidad a una propuesta.

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que la propuesta no es solamente del señor Clarke, sino que convoca a varios economistas de la Universidad de Chile.

La **señora Ministra** señaló que efectivamente se planteó la propuesta por parte de la FEN y no fue aprobada por los miembros del Comité Asesor por lo que no fue recomendada en el informe, atendida su complejidad.

Respecto del artículo 4 explicó que se trata de reponer considerando que no pudo ser votado en la Comisión de Salud atendido el rechazo del literal c) del artículo 3, de modo que no pudo siquiera discutirse.

Agregó que la Excm. Corte Suprema ordenó mantener el valor original de aquellos contratos de modo que habría que definir un nuevo precio final. Por lo tanto, se modificó la fórmula de cálculo que no es la que correspondía del precio base por la tabla de factores, porque la tabla de factores va a tener una corrección hacia la baja.

El **Honorable Senador señor Lagos** agradeció a

la señora Ministra la aclaración realizada respecto de la propuesta efectuada por algunos economistas de la Universidad de Chile la cual no tuvo un mayor respaldo por parte del Comité de Expertos.

En **sesión de 23 de enero de 2024**, los señores Senadores se abocaron al estudio y votación de las normas de competencia de la Comisión de Hacienda, así como también de las recientes indicaciones presentadas por el Ejecutivo.

- - -

Como se señaló anteriormente, de conformidad con su competencia, vuestra Comisión de Hacienda se pronunció acerca de los artículos 1°, números 1), 2), 3) artículos 130 bis y 130 ter, 4), 5) 9) y 11); 2°; 3°; 5° incisos cuarto y quinto; 7° y 8°, permanentes y respecto de los artículos segundo; cuarto; octavo; noveno; décimo; décimo tercero y décimo cuarto, transitorios del proyecto de ley.

A continuación, se describen o reproducen, según el caso, en el orden del articulado del proyecto, las citadas disposiciones de competencia de vuestra Comisión:

### **Artículo 1**

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.

#### **Número 1)**

Intercala, en el artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:

“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 otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.

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;”.

**--Puesto en votación el numeral 1) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

### **Número 2)**

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

**--Puesto en votación el numeral 2) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

### **Número 3)**

Incorpora, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, nuevo, denominado “Del Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud” y agrega los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies, 130 octies y 130 nonies, nuevos.

#### **Artículo 130 bis**

El del siguiente tenor literal:

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

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a

través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.”.

### **Artículo 130 ter**

Dispone lo siguiente:

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

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

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

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

El **Honorable Senador señor García** expresó no tener inconvenientes en que se cree el Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud. Sin embargo, apuntó que la fórmula de designación de los consejeros terminó siendo bastante compleja. Observó que, si bien ya se trata de una materia aprobada por la Comisión de Salud del Senado, hubiese sido deseable haber arribado a una fórmula más simple.

La **señora Ministra** precisó que en la primera designación de los consejeros, durante el debate suscitado en la Comisión de Salud del Senado, se les solicitó que tuviese participación la referida Corporación, lo que derivó en que como Ejecutivo formalizaran una indicación en ese sentido.

Enseguida, señaló que cuando se estuvo tramitando en la Cámara de Diputados la ley de reajuste del sector público para el año 2024, también se les solicitó que dicha Cámara tuviese participación en la conformación de los primeros consejeros del referido Consejo Consultivo.

Puntualizó que como la primera propuesta del Gobierno exigía que ambas Corporaciones estuviesen de acuerdo, se resolvió que, si ante la primera propuesta de consejeros ante el Congreso Nacional no hubiese acuerdo, el Presidente de la República deberá proponer dos nóminas con dos candidatos cada una, para que una de ellas sea ratificada por el Senado y la otra por la Cámara de Diputados.

El **Honorable Senador señor Lagos**, junto con expresar asombro ante la originalidad del mecanismo, preguntó si hay algún perfil para ser miembro del referido Consejo.

La **señora Ministra** respondió que la norma ha establecido una serie de inhabilidades.

El **Honorable Senador señor Gahona** señaló que, en torno a este tema en específico, la principal discusión que se generó en la Comisión de Salud versó sobre el riesgo que las inhabilidades pudiesen provocar que no fuese posible contar con postulantes para conformar el Consejo Consultivo.

En cuanto al nombramiento propiamente tal observó que se siguió la regla general, con la salvedad de que el primer proceso de selección implica un proceso un poco más largo. Sin embargo, puntualizó que en lo sucesivo le corresponderá al Consejo de Alta Dirección Pública convocar los procesos de selección para proveer los cargos de los consejeros.

El **Honorable Senador señor Núñez** llamó a analizar los Consejos Consultivos con una mayor profundidad, pues pareciera que existe una cierta desconfianza sobre el actuar de autoridades que podría entenderse que tienen un rol más político, como ocurre con la figura del Superintendente.

Expresó no estar del todo convencido sobre esta parte del proyecto de ley, no obstante, manifestó su voto a favor con el fin de mostrar apoyo a la iniciativa legal que busca impulsar el Gobierno.

El **Honorable Senador señor Gahona** comunicó su voto favorable.

El **Honorable Senador señor Insulza** declaró compartir las aprensiones del Senador Núñez, pues la creación de Consejos Consultivos puede significar sólo más burocracia. Con todo, considerando el trabajo ya realizado por la Comisión de Salud del Senado, votó a favorablemente.

El **Honorable Senador señor García** votó a favor.

El **Honorable Senador señor Lagos** manifestó su voto a favor.

**--Puesto en votación el numeral 3) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Número 4)**

Reemplaza el artículo 142 por el siguiente:

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

**--Puesto en votación el numeral 4) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Número 5)**

El Numero 5) agrega, a continuación del artículo 144, los 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 el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

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

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos

no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.

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

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

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

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

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

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

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

La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una

vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

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

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

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

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

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

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

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

cotización legal, y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

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

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

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

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

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

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

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

- b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas;
- c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima;
- d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras;
- e) El plazo de duración del contrato;
- f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protección financiera especial, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria;
- g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N°251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;
- h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación;
- i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos;
- j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de esta última; y
- 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 quinquies.

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 este fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

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

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

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

**El Honorable Senador señor García** apuntó que resultaba aconsejable tener una visión general de parte del Ejecutivo sobre la Modalidad de Cobertura Complementaria que se está considerando.

Observó que la gran duda que mantiene sobre la materia dice relación con los costos que pudiese tener esta nueva modalidad, atendido lo disímil que han sido los diferentes valores que se han informado durante la discusión parlamentaria. Precisó que en algunos casos se ha hablado de \$25.000 por beneficiado, mientras que también se han comunicado costos de hasta 1,8 unidades de fomento, que podrían bordear los \$60.000.

Por lo anterior, requirió mayor claridad sobre el costo por beneficiario que tendría la Modalidad de Cobertura Complementaria.

La **señora Ministra** señaló que la fórmula

propuesta es una modalidad adicional a la Modalidad de Libre Elección que existe en Fonasa. Recalcó que es de carácter voluntaria y que permitirá que los usuarios de Fonasa por decisión propia se adscriban a una prima, la que será fijada en forma regular a través de una licitación, la cual comprenderá un seguro catastrófico con un máximo de gasto para las personas, con el fin de que exista una cobertura financiera mayor que la que actualmente tiene Fonasa a través de la venta de los bonos de libre elección.

Continuó informando que, para el funcionamiento de esta nueva modalidad, se requerirá de un seguro con aseguradores privados, los cuales estarán regulados por la Comisión para el Mercado Financiero en atención a la cobertura financiera que otorguen, mientras que todos los aspectos de salud seguirán siendo conocidos por la Superintendencia de Salud.

En cuanto a dónde podrán atenderse las personas que contraten estos seguros, informó que lo podrán hacer en una red de prestadores, que serán aquellos que se inscriban con Fonasa, definiendo un arancel para dicho fin, lo cual lo hará más atractivo, permitiendo a su vez que muchos de los prestadores se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Aclaró que la referida modalidad, al ser voluntaria, no impide que el afiliado pueda atenderse por la Modalidad de Libre Elección, pues pretende otorgar más alternativas a las personas que ya se encuentran afiliadas a Fonasa.

En cuanto al costo propiamente tal de la medida, recordó que en la anterior sesión de la Comisión de Hacienda el señor Director de Fonasa habló de las estimaciones iniciales y que el estudio realizado por la Universidad Andrés Bello consignaba una cifra distinta. Hizo presente que el señor Cid precisó que si se descuentan o "limpian" aquellos aspectos del referido estudio que no están considerados en la Modalidad de Cobertura Complementaria, el valor de la prima se acerca bastante a los montos ya informados.

Apuntó que en el estudio de la Universidad Andrés Bello, que consigna valores más elevados, se incluye la bonificación de los medicamentos ambulatorios, los cuales, recalcó, no están considerados en la propuesta del Ejecutivo. Clarificó que los medicamentos que sí han quedado comprendidos son aquellos que se utilizan dentro de la atención institucional. Asimismo, mencionó que el referido estudio considera seguros catastróficos que no son parte de la negociación de seguro catastrófico que abarca la modalidad propuesta del proyecto de ley, lo que explica también el alza de la prima en el análisis del referido estudio.

Puntualizó que si se eliminan aquellos factores que generan confusión, el valor de la prima logra ser similar a las proyecciones del propio Ejecutivo.

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que lo que hace la Modalidad de Cobertura Complementaria, desde la perspectiva de los usuarios del Fonasa, en los tramos letra B, C y D, es perfilarse como un seguro de protección financiera. Agregó que también podría ser usada para aquellos usuarios de Isapres que queden sin cobertura producto de la quiebra de las aseguradoras.

Continuó señalando que como las Isapres cobran el 7%, sumado a un adicional que, en su conjunto, llega a cerca de un 10% del total imponible, al transitar los afiliados de las aseguradoras a Fonasa con ocasión de los supuestos de quiebra, la cotización del 7% no será suficiente para poder tener las mismas coberturas que tenían estas personas cuando se encontraban en las Isapres. Por lo anterior, explicó que se crea esta Modalidad Complementaria de Cobertura para hacerse cargo de esa diferencia entre lo que cubre Fonasa y lo que podría quedar cubierto por una Isapre.

Precisó que la Modalidad de Libre Elección tiene una cobertura cercana al 50% en el ámbito ambulatorio, sin embargo, recordó que en el ámbito hospitalario no alcanza a cubrir ni el 20% de las prestaciones hospitalarias o de mayor complejidad, lo que explica la creación de la nueva modalidad propuesta.

Con todo, estimó que la nueva modalidad es insuficiente y no logra resolver los problemas en el área de la salud.

El **Honorable Senador señor Núñez** manifestó su voto a favor, valorando que, frente a la crisis, insolvencia o quiebra por la que puedan atravesar las aseguradoras exista una alternativa para cubrir las necesidades de los afiliados que quedarán sin atención médica. Con todo, se mostró disponible para ir mejorando la solución propuesta en el futuro.

El **Honorable Senador señor Gahona** expresó que, sin perjuicio de que lo planteado por el Ejecutivo podía ser visto como una aproximación a arribar a una solución ante los supuestos de quiebra de alguna Isapre, no alcanzaba a ser tal. Apuntó que la referida fórmula, pese a que no logra resolver los problemas asociados, al menos constituye un avance. Por lo anterior votó favorablemente.

El **Honorable Senador señor Insulza** manifestó su voto a favor.

El **Honorable Senador señor García** expresó que la modalidad propuesta constituye un instrumento necesario, pues se debe ofrecer una alternativa a las personas. Igualmente resaltó el carácter voluntario de la modalidad propuesta, entregándole a la persona la decisión de tomar o no el seguro. Dicho lo anterior, votó favorablemente.

El **Honorable Senador señor Lagos** comunicó su voto a favor.

**--Puesto en votación el numeral 5) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Número 9)**

Modifica el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrega, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la frase:

“También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplaza el inciso tercero por el siguiente:

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

**--Puesto en votación el numeral 9) del artículo 1º, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Número 11)**

Agrega, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.

Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la

frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.

Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

La **señora Ministra** precisó que la norma tiene relación con la judicialización de la prima GES. Sobre el particular, recordó que en la Ley GES se exige que para la fijación de la prima se realice un estudio independiente que se licita, alusivo a la verificación de costos, y que define un vector de precios para Fonasa, otro para Isapres, así como también uno común.

Clarificó que en la norma propuesta se está estableciendo que el Superintendente de Salud va a fijar el precio, tomando en cuenta el resultado de los estudios que se hayan realizado por ese concepto, los cuales volvió a mencionar que tienen el carácter de estudios independientes.

Recordó que las causas de la judicialización en estos casos respondieron a que las primas no estaban considerando los resultados de estos estudios para su fijación. Acotó que es sabido que en todos los años en que se ha utilizado el GES, en las Isapres no todas las personas han hecho uso de sus beneficios, pero sí llegan a hacerlo cuando las prestaciones son más elevadas, existiendo una obligación legal de parte de los médicos de comunicar que ciertos problemas de salud están cubiertos por el GES.

Hizo presente que la Superintendencia de Salud se creó para supervigilar el cumplimiento de las garantías explícitas de salud, sin embargo, acotó que el precio de la prima no tenía una forma de fijación, lo que

derivó en la judicialización de los casos, la cual se estaría terminando a través de la norma propuesta, con ocasión de la fijación de criterios fundados.

El **Honorable Senador señor Lagos** opinó que la norma claramente supone un mejoramiento, según la explicación de la señora Ministra.

El **Honorable Senador señor Núñez** comunicó su voto favorable.

El **Honorable Senador señor Gahona** observó tener dudas sobre si la norma propuesta por Ejecutivo supone derechamente la fijación de un precio. Aseveró que las primas de los seguros son libres, por lo que a la Superintendencia de Salud le corresponde determinar si esa fijación puede ser correcta o no, pero siempre dentro de un rango.

Cuestionó que la norma le entregue facultades al señor Superintendente de Salud para fijar el precio de una prima de un seguro, lo cual calificó como dudoso. Por lo anterior comunicó su abstención.

El **Honorable Senador señor Insulza** puntualizó que pueden existir criterios respecto a la manera de fijar un precio, por lo que declaró no compartir la opinión del Senador Gahona. Dicho lo anterior, comunicó su voto a favor.

El **Honorable Senador señor García** señaló no entender la norma necesariamente como una fijación de precios, con todo, a la espera de poder estudiar más acabadamente la redacción del artículo 206 bis propuesto, manifestó su abstención.

El **Honorable Senador señor Lagos** expresó su voto a favor. De igual manera, hizo presente que la legislación nacional en varias materias tiene lo que no son propiamente fijaciones de precios, sino que definiciones de umbrales y referencias respecto de las cuales el Estado se hace cargo, como ocurre con aranceles universitarios o de salud.

**--Puesto en votación el numeral 11) del artículo 1º, fue aprobado con los votos a favor de los Honorables Senadores señores Insulza, Lagos y Núñez, y con la abstención de los Honorables Senadores señores Gahona y García.**

#### **Artículo 2º**

Establece la facultad para la Superintendencia de Salud de determinar por medio de una circular el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las Instituciones de Salud Previsual aplicaron una tabla de factores

elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud. Asimismo, dispone instrucciones que deberá contener dicha circular para las Instituciones de Salud Previsional.

**El Honorable Senador señor García** estimó que respecto de la prima GES hubo algunas Isapre que se ajustaron bastante y fijaron un precio razonable, pero otras muy por sobre. Agregó que esta materia tiene relación con lo que se acaba de votar y al respecto preguntó al Ejecutivo cuál es, en su opinión, la razón de que ello se haya producido, toda vez que a las Isapre no les conviene tampoco subir tanto sus precios porque comenzarían a perder sus afiliados, sin embargo, ello se produjo y señaló que muchas personas se le acercaron para hacerle presente cómo de un momento a otro les habían subido el descuento por su Isapre, sobre todo a aquellos quienes tienen cargas.

Añadió que además fue la Superintendencia de Salud la que visó esos valores y en ese sentido hubo valores con mucha diferencia entre una Isapre y otra.

La **señora Ministra** contestó que la pregunta del Senador García permite explicar las razones de la judicialización del sistema de Isapre toda vez que este sistema, estructuralmente contenía alzas unilaterales de modo que el Superintendente no tenía que visar las alzas del GES, como tampoco tenía que visar las alzas de precio base, que fue lo primero que la Excma. Corte Suprema mandató en la primera de las sentencias al ordenar al Superintendente verificar las alzas.

Respecto del GES señaló que precisamente se propone otorgar esa capacidad al Superintendente a fin de que tenga elementos objetivos que ayuden a definir el precio de la prima, toda vez que esta se establece por un producto que se encuentra definido por cuanto el Ministerio de Salud define cuáles son los problemas prioritarios, la canasta de prestaciones y se estudia cuál es la frecuencia de uso y el precio de mercado que tienen en relación con lo que se establece en los vectores de precios.

Puntualizó que a lo anterior se le pueden agregar otros elementos objetivos, como es la disposición que faculta al Superintendente para tener injerencia en este tema que antes no tenía.

En cuanto a la pregunta acerca del por qué las Isapre elevaron los precios, señaló que habría que preguntarle a la Asociación de Isapre, no obstante, lo que se argumentó es que las Isapres se encontraban desfinanciadas y que estaban financiando las prestaciones a través de la prima GES, que no es el objetivo para lo cual se creó, razón por la cual la Excma. Corte rechazó todos los recursos de las Isapre.

El **Honorable Senador señor Gahona** solicitó al Ejecutivo una aclaración respecto del numeral 4) del artículo 2°, referido a la obligación de restituir en los términos consignados en el artículo 3°.

Dado lo anterior, preguntó si la fórmula de cálculo se encuentra establecida en el artículo 3°.

La **señora Ministra** respondió que en este artículo se define la obligación de restituir, es decir se establece la deuda y qué se considera del 7%. En cambio, en el artículo 3° se establece cómo se va a devolver esa deuda

El **Honorable Senador señor Gahona** replicó que entonces debiera entenderse que en el artículo 2° debiera considerarse incluida la forma de cálculo de los montos en exceso.

La **señora Ministra** respondió afirmativamente y agregó que el artículo 2° en su literalidad establece cómo se va a llevar a efecto el mandato de la Excma. Corte Suprema hacia el Superintendente.

El **Honorable Senador señor Núñez** anunció su intención de voto favorable respecto de esta disposición considerando lo expuesto por la señora Ministra, por cuanto permite implementar el fallo de la Excma. Corte Suprema.

El **Honorable Senador señor Lagos** manifestó su intención de voto favorable, considerando que se debe buscar la forma de dar cumplimiento al fallo de la Excma. Corte Suprema.

**--Puesto en votación el artículo 2°, fue aprobado con 3 votos a favor, de los Honorables Senadores señores Insulza, Lagos y Núñez, y dos abstenciones, de los Honorables Senadores señores Gahona y García.**

### **Artículo 3°**

Dispone textualmente lo siguiente:

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

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores

contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

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

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

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

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

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

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados 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, de 2005, 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 este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, 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 octavo.”.

En el artículo 3° recayó una **indicación**, de **Su Excelencia el Presidente de la República**, para intercalar, a continuación del literal b), el siguiente literal c) nuevo:

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

El **Honorable Senador señor García** preguntó cuál es la razón de que el inciso primero de este artículo establezca un plazo

de 30 días y que inmediatamente este plazo se haga prorrogable, dado que tal vez lo adecuado sería conceder derechamente un plazo de 60 días.

La **señora Ministra** contestó que la prórroga se concederá a solicitud de la Isapre y en ese sentido se pensó que para las Isapre hay incentivos para que presenten su plan de devolución y de ajuste los más rápido posible no obstante se establece una posibilidad de prórroga para cada uno y no para la totalidad del sistema automáticamente.

El **Honorable Senador señor Edwards** señaló que la unión del fallo de la Excma. Corte Suprema junto al artículo 2° es lo que determina el monto que de acuerdo al artículo 3° debe calcular cada Isapre para presentar su plan de pago de la deuda. Y ese cálculo es el que correspondería a US\$1.180 millones.

El **Honorable Senador señor Núñez** valoró el esfuerzo del Gobierno con este proyecto de ley, porque comprende la importancia de prever una situación muy grave como sería el colapso de las Isapre pero, expresó sentir gran desconfianza sobre las Isapre por su afán de lucro insaciable y esta disposición no tiene tope en el alza.

Agregó que de todo lo expuesto se desprende que las Isapre estarían en una situación compleja a nivel de flujos, es decir, les faltaría liquidez y para solventar esa falta de liquidez serían los propios afiliados a Isapre los que tendrían que hacer un pago extra con esta alza.

Al respecto, consideró que cuando hay un negocio privado en cualquier actividad económica y este presenta un problema lo que habitualmente sucede es que el dueño se mete la mano en el bolsillo y financia el funcionamiento de su negocio; entendiendo que estas Isapre han tenido décadas de bastantes utilidades y se han enriquecido, expresó su intención de abstenerse en la votación.

El **Honorable Senador señor Gahona** opinó que lo que ocurre es que la solución que propone esta norma es mala, sin embargo, algo aporta, de modo que declaró su voluntad de voto favorable.

El **Honorable Senador señor Insulza** manifestó su intención de voto favorable respecto de esta indicación, considerando que es indispensable y además es parte de un acuerdo.

El **Honorable Senador señor García** manifestó que a nadie le gusta que suban los precios base de las Isapre, sin embargo, estimó que acá hay un efecto sistémico de afectar a todas las Isapre y también a FONASA, afectando de esta manera a todo el sistema de salud y también las finanzas públicas si no se saca adelante esta indicación, por lo que expresó su intención de voto favorable.

El **Honorable Senador señor Lagos** señaló concurrir con el voto favorable a esta indicación, respetando a aquellos Senadores que tienen una distinta mirada acerca de cómo se aborda este tema, pero se debe tener presente que lo que está en juego es la estabilidad del sistema, por lo que se busca darle previsibilidad, la capacidad de levantarse y de seguir con una reforma de salud más integral. Pero llevar a cabo una reforma más integral con una crisis de salud sería infinitamente más difícil.

Debido a lo anterior, afirmó, si bien no es grato aumentar los planes de salud a veces se deben tomar decisiones complejas.

El **Honorable Senador señor Gahona** puso de relieve que, sin perjuicio de votar a favor tanto de la indicación como del artículo 3°, el mecanismo de cálculo contenido en el artículo 3° es errado y desde esa perspectiva anunció que repondrá las indicaciones de mutualización de la magnitud de los cobros en exceso y también de otro mecanismo de precio mixto para poder someterlo a votación en la Sala.

El **Honorable Senador señor Núñez** hizo presente que el día de ayer solicitó el envío de un oficio a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile acerca del estudio que presentó el académico señor Clarke y estimó relevante resaltar que ese estudio que se usa como base para señalar que existe una mejor fórmula para calcular la deuda fue financiado por la Isapre Banmédica y con datos aportados por dicha entidad.

Atendido lo anterior, planteó, cabe plantearse cuál es la base objetiva en la cual se llevó a cabo ese trabajo académico y cuáles serían los potenciales conflictos de interés.

**Puesta en votación la indicación del Ejecutivo, fue aprobada con 4 votos a favor, de los Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza y Lagos, y con la abstención del Honorable Senador señor Núñez.**

**En seguida, puesto en votación el artículo 3°, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

o o o o o

Su Excelencia el Presidente de la República formuló **indicación** para incorporar, a continuación del artículo 3°, el siguiente artículo 4°, nuevo:

“Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.”.

**El Honorable Senador señor Núñez** refirió que esto iría en la línea de poner limitaciones al ejercicio que se pueda hacer de un alza y garantías para los afiliados, por lo que anunció su intención de voto favorable.

**El Honorable Senador señor Gahona** declaró su voto a favor de esta indicación considerando que en la Comisión de Salud del Senado fue rechazado el artículo anterior y esto provocó que se cayera esta disposición que ahora se busca reponer.

**--Puesta en votación la indicación del Ejecutivo, fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

o o o o o

#### **Artículo 5°, incisos cuarto y quinto**

El artículo 5° se refiere a la repartición de dividendos o distribución de utilidades.

El inciso cuarto dispone que, si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Por su parte, el inciso quinto establece lo siguiente:

“Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó a la señora Ministra cómo quedó resuelto el punto sobre la participación en los directorios de parte de la Superintendencia cuando se discutan temas relativos a infracciones.

La **señora Ministra** respondió que el Superintendente puede asistir a las reuniones del directorio.

**--Puestos en votación los incisos cuarto y quinto del artículo 5°, fueron aprobados por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Artículo 7°**

Dispone lo siguiente:

“Artículo 7°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos

contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho artículo.

Previo hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respectiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.”.

**El Honorable Senador señor Edwards** observó que esta disposición permite subir los planes de un valor menor al 7%, de modo que preguntó qué porcentaje de los planes corresponde a personas que están pagando menos del 7% y que pasaría con ese delta.

Asimismo, preguntó por aquellas personas que pertenecen a alguna Isapre que pueda quebrar y que están pagando menos del 7% quienes tendrían que ir a FONASA donde se les va a subir el plan y además tendrán que pagar el seguro complementario.

La **señora Ministra** contestó que alrededor de un tercio de los afiliados paga por debajo del 7% y si esas personas van a FONASA deberán pagar el 7%. Lo que hace este artículo es establecer que en la seguridad social las cotizaciones de salud son para la seguridad social y legalmente corresponden al 7%, por lo tanto si una persona va FONASA deberá pagar el 7%.

Precisó que nadie está obligado a contratar la Modalidad de Cobertura Complementaria, de tal manera que si una persona paga el 7%, su voluntad de pago va a ser mantener ese 7% y eventualmente podrá contratar un seguro complementario si así lo estima conveniente.

El **Honorable Senador señor García** preguntó si esta disposición termina con los excedentes.

La **señora Ministra** respondió que hay un excedente que tenían todas las personas por el hecho de que el plan era claramente inferior al 7%, pero debido a que el precio pactado se encuentra definido en UF y si el sueldo varía las personas quedan cotizando más por un bono u otra razón quedan por arriba del precio pactado y esa persona sigue teniendo el derecho a devolución como excedente.

Por otra parte, señaló que aquellas personas a las que la Excm. Corte Suprema consideró se les había cobrado en exceso van a tener una cuenta corriente de excedentes que es lo que se aprobó en el artículo 2°. Dicha cuenta es individual e incluso si la persona se cambia de una Isapre a otra sigue teniendo la obligación la Isapre donde tuvo su origen el cobro en exceso de seguir pagando en esa cuenta corriente de excedentes.

Acotó que las personas que generaban un excedente por tener un plan mucho más barato van a dejar de tener ese excedente, pero a cambio lo que dice esta disposición es que la Isapre le debe ofrecer beneficios adicionales para justificar que a esa persona le va a cobrar lo mismo, pero tendrá menos regalías en términos de que no podrá ocupar los excedentes en farmacias, por ejemplo, y eso tendrá que ser transformado en una oferta de prestación de la Isapre.

El **Honorable Senador señor Edwards** observó que se está planteando un cambio de paradigma respecto a si una persona puede conversar con la Isapre acerca de cuánto es lo que paga para efectos de un seguro individual de salud, porque esto termina siendo un 7% de impuesto mínimo asegurado contra una prestación que puede discutirse.

Aseveró que lo anterior cambia el paradigma respecto de lo que se está haciendo en el sistema de salud, toda vez que deja de ser algo individual para ser algo grupal porque obliga a todos a un mínimo que es el 7%.

La **señora Ministra** replicó que todas las personas se encuentran obligadas a cotizar el 7%. Los excedentes corresponden a una anomalía porque van en contra de los principios de la seguridad social y lo que se ha tratado de reducir es la divergencia que se ha producido en las Isapres y que ha llevado a la judicialización, lo que ha sido parte de un acuerdo bastante transversal de los distintos actores que han estado discutiendo el proyecto de ley.

Agregó que se le ha planteado al Ejecutivo desde diferentes sectores que se quiere que el sistema de seguros privados avance hacia un funcionamiento más cercano a la seguridad social y en virtud de ello es que se solicitó el compromiso de presentar un proyecto de ley para, entre otras cosas, eliminar la declaración de salud de las Isapre porque se busca reducir las diferencias que hay en el uso de la cotización legal obligatoria que está definida por el DFL N° 1 y que incluso a las personas que trabajan bajo la modalidad de honorarios se les descuenta cotización de la devolución de impuestos.

El **Honorable Senador señor Edwards** manifestó que votará en contra esta disposición cuando el proyecto de ley sea discutido en la Sala, toda vez que se está aceptando un paradigma ideológico por cuanto la declaración de preexistencias perfectamente podría ser complementada con un fondo de compensación de riesgo y se puede entender esto como una seguridad en salud personal.

El **Honorable Senador señor Lagos** manifestó su intención de votar a favor de un sistema que estimó de toda necesidad a la hora de diseñar un sistema de seguridad social y más que un cambio de paradigma viene a corregir una anomalía en la cual se genera un descreme por el cual esos planes de 7% generan excedentes de modo de atraer a personas que generan ingresos y no generan gastos.

**--Puesto en votación el artículo 7°, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### **Artículo 8°**

Su tenor literal es el siguiente:

“Artículo 8.- Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.”.

**--Puesto en votación el artículo 8°, fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez.**

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

##### **Artículo segundo**

Establece que el primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Agrega que 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, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

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

Señala que, 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, ter, quáter

y quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

El **Honorable Senador señor García** señaló que el contrato aludido en esta disposición va a ser firmado por FONASA en representación de todos quienes terminen adscribiendo a esta modalidad complementaria y llama la atención que esté de por medio la DIPRES.

El **Honorable Senador señor Núñez** concordó con el Senador García en cuanto a que la redacción de la norma transitoria resulta curiosa, no obstante, expresó su voluntad de voto favorable.

#### **Artículo cuarto**

Mandata que, a partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

Dispone que el índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Prescribe que si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

- - -

El **Honorable Senador señor Coloma** hizo presente que en su opinión el artículo quinto transitorio es de competencia de la Comisión de Hacienda, al establecer cómo se nombra a los miembros que conforman el Consejo Consultivo.

Asimismo, observó que habría un error por cuanto se señala que la primera vez que el Consejo Consultivo será propuesto por el Presidente de la República, 2 a la Cámara de Diputados y 2 al Senado. Agrega que cada Cámara deberá votar la nómina respectiva en votaciones únicas requiriendo para su aprobación del voto favorable de la mayoría de

las diputadas y diputados, senadoras y senadores presentes.

Establece además que si la Cámaras no se pronuncian o rechazan la nómina propuesta se entenderá que aprueban la proposición del Presidente de la República de tal manera que en ambos casos se establece que se nombrará a la nómina que proponga el Presidente de la República.

En razón de lo anterior sugirió al Ejecutivo reflexionar y rectificar la forma de redacción.

- - -

### **Artículo octavo**

Establece que 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 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 podrá, a su cargo, autorizar 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.

Dispone que una vez otorgada la intervención sanitaria referida en el inciso anterior, el prestador de salud continuador de la atención derivará a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas, que requieran nuevas prestaciones de salud, para que éstas sean otorgadas de acuerdo con lo establecido en la ley N° 19.966 y su respectivo reglamento.

Indica que mediante un reglamento, dictado a través del Ministerio de Salud, se fijarán los criterios que deberá considerar el Fondo Nacional de Salud para la autorización señalada en el inciso primero, así como los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud para la adecuada aplicación de este artículo. Este reglamento deberá ser dictado en el plazo de 12 meses contados desde la publicación de la presente ley.

Dispone que 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, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.

En el artículo octavo transitorio recayó una **indicación, de Su Excelencia el Presidente de la República**, para reemplazar el artículo octavo transitorio por el siguiente:

“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 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, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.”.

La **señora Ministra** explicó que la indicación acoge planteamientos formulados en la sesión de ayer en términos de entregar más garantías a las personas que, en caso de insolvencia de las Isapre, estaban haciendo uso de las garantías explícitas de salud y a la solicitud de los Senadores tanto de la Comisión de Salud como de la Comisión de Hacienda de dar un trato más taxativo en el sentido de la obligación de FONASA de continuar la atención sin que la persona deba realizar nuevamente el trámite para acceder al GES.

El **Honorable Senador señor Gahona** destacó que esta indicación corrige en algún grado la diferencia que se planteó el día de ayer entre las expresiones “podrá” y “deberá”. No obstante, señaló que cabe preguntarse por qué la indicación se refiere solo al GES y no al CAEC.

El **Honorable Senador señor Coloma** preguntó por qué se utiliza la expresión “autorizar” y no la expresión vinculada al deber, y consultó qué entiende la señora Ministra al utilizar la expresión “autorizará” y no “deberá”.

**El Honorable Senador señor Edwards** compartió la pregunta formulada por el Senador Coloma y consultó por qué no se establece la misma indicación en el artículo noveno transitorio, que es el caso que genera mayor preocupación porque se refiere al tratamiento de una persona de CAEC que está en una Isapre que quiebra y debe dársele continuidad a su tratamiento.

Señaló que autorizar es dar o reconocer el derecho a alguien para poder utilizarlo, de modo que preguntó si dicha expresión se estaría utilizando como sinónimo de reconocer o que efectivamente se va a dar, porque de lo contrario lo más simple hubiera sido utilizar la expresión “deberá”.

**El Honorable Senador señor García** manifestó que la indicación del Ejecutivo produce un acercamiento respecto de lo que se planteó en la sesión de ayer.

Hizo presente que tanto en el artículo octavo transitorio como en el noveno se utiliza la expresión “...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...”. Al respecto señaló que una Isapre pudiera encontrarse al día en el pago de la deuda que tendrá que reconocer pero podría igualmente estar en insolvencia, de modo que solicitó pudiera explicarse por qué se utiliza esta forma de encabezar ambas disposiciones transitorias.

**El Honorable Senador señor Insulza** señaló no comprender cuál es el punto de discrepancia con la utilización del vocablo “autorizará”.

**El Honorable Senador señor Lagos** refirió que la indicación representa un avance sustantivo respecto de lo que se discutió el día de ayer, sin embargo, agregó que ameritaría darle una vuelta a este punto por cuanto la expresión “autorizará” podría leerse como dependiente del albedrío de la autoridad, y es distinta de la expresión “deberá”, por lo que solicitó al Ejecutivo poder explicar este punto. Sin perjuicio de ello manifestó su intención de voto favorable de esta indicación.

**El Honorable Senador señor Coloma** observó que la expresión “autorizará” se parece más al podrá que al deberá y lo que se busca es la buena resolución de una norma para que entregue claridad para los usuarios.

La **señora Ministra** aseveró que la intención es entregar mayores garantías a las personas y recordó que la formulación original que mereció a los Senadores reparos contenía la expresión “podrá autorizar”, de modo que lo que se pretende con esta disposición transitoria es facultar a FONASA al habilitarlo para entregar la continuidad de los servicios toda vez que hoy día la ley no lo permite por cuanto hoy día se

obliga a las personas a acudir a la atención primaria.

Resaltó que atendida la nueva redacción que se propone queda establecido que FONASA queda forzado a dar la continuidad del otorgamiento de la atención sanitaria.

Hizo hincapié que respecto del GES existe una obligación legal porque decreta derechos en salud y no ocurriría lo mismo respecto del CAEC.

Reparó en la expresión “A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada...” dice relación con un aspecto legal de modo de restringir esta facultad a la circunstancia de la quiebra eventual o insolvencia producto de la aplicación de la sentencia de la Excma. Corte Suprema.

**El Honorable Senador señor Gahona** refirió que de acuerdo a lo señalado por la señora Ministra si una persona se encuentra con un tratamiento de un prestador que no tiene convenio con FONASA, por cáncer, por ejemplo, y que además está utilizando una terapia que no brinda FONASA, podrá este último autorizar a que esa persona continúe el tratamiento con esas características o simplemente la atenderá en su red de prestadores y bajo sus tratamientos.

La **señora Ministra** recordó que cuando las personas están en una Isapre y se acogen al GES, las Isapre les asignan sus prestadores y no continúan con el prestador de libre elección que presenta un formato que tiene el GES en Isapre y FONASA también, solamente que esta última utiliza la modalidad institucional y por cierto asignará un prestador y se mantendrá la continuidad del tratamiento y si la persona tiene tratamientos que implican medicamentos de alto costo se la va a adscribir a esas drogas de alto costo.

### **Artículo noveno**

Señala que 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, 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 tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo

Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.

#### **Artículo décimo**

Establece que 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 décimo tercero**

Dispone el aumento de la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.

#### **Artículo décimo cuarto**

Establece que 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.”.

**--Puestas en votación las disposiciones transitorias de competencia de la Comisión de Hacienda, fueron aprobadas por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Gahona, García, Insulza, Lagos y Núñez. Con igual votación fue aprobada la indicación del Ejecutivo para reemplazar el artículo octavo transitorio.**

- - -

## **FINANCIAMIENTO**

- La Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda elaboró el informe financiero N° 90, de 9 de mayo de 2023, que es del siguiente tenor:

### **“I. Antecedentes**

El mensaje N°049-371 tiene por objeto abordar las consecuencias, relacionadas al acceso a la salud de las personas beneficiarias de las ISAPRES y del FONASA, que siguen de los fallos dictados por la Excm. Corte Suprema de Justicia en relación con la aplicación de la tabla de factores y con el precio final de los planes de salud.

En ese sentido, este proyecto propone dotar a la Superintendencia de Salud de facultades adicionales para implementar las instrucciones de la Excm. Corte Suprema y fortalecer la protección financiera del FONASA para que este pueda absorber nuevos beneficiarios, sin que su cobertura se vea significativamente menoscabada.

Este proyecto de ley propone, entre otros:

i. 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.

ii. 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 Excm. Corte Suprema.

iii. La creación de una nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en el FONASA que permita que los beneficiarios accedan a una cobertura financiera complementaria (adicional) para cada prestación otorgada por una compañía de seguro cubriendo así el copago de las atenciones. Para implementar esta, las Compañías de Seguros deberán participar en licitaciones públicas que realice el FONASA, cuyas bases se encontrarán en una resolución para dicho fin. Junto con esto se establecen normas para el uso e Inscripción de los afiliados a esta nueva modalidad.

## **II. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal**

### II.1 Atribuciones Superintendencia de Salud v Consejo Asesor

La aplicación propia del fallo dictado por la Excm. Corte Suprema de Justicia en relación con la aplicación de la tabla de factores y al precio final de los planes de salud, por su carácter normativo, no irrogarán un mayor gasto fiscal. Tampoco irrogará mayor gasto fiscal lo que se refiere al aumento de las facultades de la Superintendencia de Salud, ni lo relacionado a la normativa relativa a los precios GES fijados por las ISAPRES, pues todas estas tareas serán realizadas con cargo a los recursos y dotación vigentes en las respectivas instituciones. Cabe señalar que los integrantes del Consejo Asesor desempeñarán sus funciones ad honorem, por lo que no significará mayor gasto fiscal.

## II.2 Modalidad Cobertura Complementaria FONASA

Con la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA, se prevé que existirá un impacto fiscal tanto por el lado de los ingresos como por el lado de los gastos, siendo la cantidad de personas que se inscriban en el FONASA, y en dicha modalidad, la variable que definirá el monto real de los ingresos y gastos relacionados a los componentes que los conforman.

Para efectos de este informe financiero se utilizó como referencia a quienes estuvieron afiliados a alguna ISAPRE en diciembre de 2022, a los que en adelante se denominará como 'cotizantes de referencia'. Se utilizaron los datos entregados por la Superintendencia de Salud y fueron tratados de tal forma de eliminar errores de base, *outliers*, y *missing valúes*. Se destacan las siguientes variables de interés:

i. *Cotizaciones Anuales*: corresponden a los datos efectivos de la cotización (obligatoria o voluntaria según corresponda) que realizaron los cotizantes de referencia, en diciembre del 2022, multiplicada por 12 para anualizarla. Se eliminaron de la muestra a todos los cotizantes cuyas cotizaciones obligatorias y totales eran iguales a 0, y se corrigieron los montos para cumplir con los mínimos y topes legales.

ii. *Subsidio a la Incapacidad Laboral (SIL)*: se utilizaron datos entregados por la Superintendencia de Salud, correspondientes a los días y montos de las Licencias Médicas efectivamente pagadas que tuvieron los cotizantes de referencia durante todo el año 2022.

iii. *Prestaciones Cubiertas*: corresponde a todas las prestaciones, ambulatorias y hospitalarias, que los cotizantes de referencia se realizaron y fueron bonificadas por su ISAPRE durante el año 2022. Se hace presente que existen cotizantes que tienen cargas asociadas, por lo que para ellos se consideran las prestaciones del grupo familiar completo para analizar sus costos potenciales.

Los ingresos y gastos potenciales, y su

metodología de estimación se presentan a continuación:

### **A. Ingresos Potenciales:**

*Cotización Obligatoria:* Corresponde al 7% de la remuneración imponible mensual de los cotizantes que se inscriban en el FONASA, considerando el tope imponible mensual establecido. Para estimar los ingresos de FONASA que implicarían los nuevos afiliados se utilizaron los datos de las cotizaciones enteradas en las ISAPRES en 2022, según lo señalado precedentemente.

### **B. Gastos Potenciales:**

Para estimar los gastos potenciales se consideran los gastos que conllevarían los nuevos cotizantes de FONASA que se inscriban en la nueva modalidad MCC. Un supuesto relevante para la estimación de los gastos potenciales es que se asume que se repite el comportamiento observado de los cotizantes de referencia durante el 2022. Los ítems que implicarían gasto son los siguientes:

i. *Subsidio a la Incapacidad Laboral (SIL):* Corresponde al gasto por concepto de licencias médicas que tuvieron los cotizantes de referencia durante todo el 2022, ajustado para equiparar los días de licencia que paga FONASA a personas con un perfil similar. Así, el monto gastado en SIL corresponde a la multiplicación de los días que una persona en FONASA con características similares<sup>1</sup> recibió, por el monto diario efectivamente pagado a dicho cotizante por su ISAPRE.

ii. *Atención Primaria de Salud (APS):* Toda la población beneficiaría del FONASA puede inscribirse en la Atención Primaria de Salud (APS). No obstante, actualmente no todos lo hacen, por ello se requiere realizar un supuesto sobre qué proporción de los nuevos beneficiarios se inscribirá. Tomando en consideración la proporción de beneficiarios actuales de FONASA-D inscritos en la APS (83,2%), y la tasa de inscripción en APS de los ex beneficiarios de ISAPRE que se han inscrito en FONASA en los dos últimos años (16,8%), se asume un escenario donde serán beneficiarios de APS, el 50% de los nuevos cotizantes de la modalidad MCC multiplicado por 1,9, que corresponde a la proporción de beneficiarios totales por cada cotizante<sup>2</sup>. Así, para cada nuevo inscrito se considerará el costo per cápita promedio del APS, que asciende a \$143.300 anuales.

iii. *Modalidad de Atención Institucional (MAI):* Esta modalidad también está disponible para todos los beneficiarios y beneficiarías del FONASA. Basándose en datos administrativos, alrededor

<sup>1</sup> Las características que se utilizaron para establecer grupos de similitud fueron la edad, el sexo y el salario, este último calculado a través del monto de las cotizaciones.

<sup>2</sup> En otras palabras, esto es la división de los beneficiarios de las ISAPRES en la cantidad de cotizantes de las ISAPRES, ambos datos administrativos.

del 5% de todos los beneficiarios del FONASA tienen un egreso hospitalario al año. En ese sentido, entendiendo que la intensidad de uso de la MAI de los ex - beneficiarios de ISAPRE ha sido significativamente menor, se considera que un 2,5% de los nuevos cotizantes inscritos en MCC (multiplicados por 1,9) tendrán un egreso hospitalario en la atención pública. Con este valor, multiplicado por el monto promedio de un egreso hospitalario, equivalente a \$4.500.000, se obtiene el aporte fiscal a la MAI.

iv. *Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)*: La MCC será una nueva modalidad del FONASA donde sus beneficiarios podrán acceder a prestaciones hospitalarias y ambulatorias en una red de prestadores privados mediante el pago de las cotizaciones legales para salud al FONASA y una prima plana complementaria por persona beneficiaría, a cargo de la persona afiliada, que deberá ser enterada ante una compañía de seguros, la que otorgará la cobertura financiera complementaria.

Por lo tanto, esta modalidad contempla que existirán tres tipos de financiamiento para las prestaciones; la bonificación que entregará el FONASA, la bonificación que entregará una compañía de seguros y el copago que deberá desembolsar la persona afiliada. Para efectos del impacto fiscal, se considera únicamente la bonificación que entregará el FONASA toda vez que es el único gasto público de esta modalidad. Para el cálculo se considera lo siguiente:

- Esquemas: La MCC tendrá esquemas de atención que se diferenciarán por el precio de las prestaciones y por la red de prestadores privados que las provean. En este caso, se simulan tres esquemas, por lo que cada prestación tendrá tres posibles precios que determinará el FONASA, y cada prestador privado será parte de un solo esquema.

- Precios: Como se mencionó anteriormente, existirá un precio para cada prestación, el cual variará entre cada esquema. Estos, estimados por el FONASA, se basan en los valores efectivos que los prestadores privados actualmente cobran por las prestaciones que ofrecen. Para ello, se simuló a cuál esquema pertenecería cada prestador privado, y se estimó un arancel representativo del esquema para cada prestación.

- Bonificación: Para el análisis se considerará que el FONASA bonificará lo mismo para los tres esquemas, aun cuando el precio sea diferente. En ese sentido serán la cobertura financiera del seguro y el copago desembolsado por el beneficiario los que varíen en cada esquema y prestación. Para estimar la bonificación del FONASA, se asume que se bonificará, en pesos, lo que hoy se bonifica en la Modalidad de Libre Elección (MLE)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Con todo, para las nuevas prestaciones- que FONASA pretenden cubrir con MCC- que no estén siendo cubiertas por la MLE, se asumirá que el FONASA bonificará el 50% del precio más barato (precio del esquema 1) y replicará dicha bonificación para el resto de los

- Prestaciones: Con el objetivo de obtener la cantidad de prestaciones estimadas que se van a realizar los cotizantes de referencia y sus cargas durante el 2023, se asume que la incidencia sanitaria y el comportamiento de los beneficiarios será exactamente igual a la observada en 2022, considerando únicamente el uso de las prestaciones que serán cubiertas por el FONASA en MCC<sup>4</sup>.

Finalmente, el costo fiscal de la MCC corresponderá a la bonificación entregada por el FONASA, en pesos, al total de prestaciones simuladas para los cotizantes de referencia y sus cargas.

v. *Modalidad de Libre Elección (MLE):* Se hace presente que toda la intensidad de uso de las prestaciones se asignó en la MCC, por tanto, el gasto en MLE se supone igual a \$0. En caso de que un beneficiario se atienda por MLE, se asume que no se atenderá en MCC al mismo tiempo, por lo que se debería descontar el valor del MCC y traspasarlo al MLE, razón por la cual el efecto fiscal sería neutro, al considerar que MCC y MLE tienen la misma bonificación del FONASA para la misma prestación.

De esta manera, y considerando que existe incertidumbre sobre la cantidad de beneficiarios que ingresarán al FONASA-MCC, se presentan cinco escenarios en donde varía la proporción de cotizantes que están disponibles para pagar una prima adicional y, por lo tanto, inscribirse en la MCC (con 50%, 40%, 30%, 20%, 10%). El universo total de potenciales cotizantes de la MCC corresponde a todos los cotizantes de ISAPRE que pagan algún monto adicional a la cotización de salud obligatoria del 7%, y en cada escenario se seleccionó aleatoriamente<sup>5</sup> el porcentaje del total de potenciales cotizantes y en base a ellos se calcularon sus ingresos y gastos potenciales de ingresar a la MCC. La selección aleatoria permite generar grupos de cotizantes con características homogéneas, evitando sesgos en la selección.

En la siguiente tabla se presentan las estimaciones de ingresos y gastos a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA.

---

esquemas.

<sup>4</sup> Para esto, se utilizaron prestaciones de MCC preliminares que fueron entregadas por el FONASA y que corresponden a las prestaciones con mayor intensidad de uso, y que cumplen con criterios sanitarios para ser cubiertos por el FONASA. Con todo, estas representan la mayor parte de las atenciones hospitalarias y ambulatorias regulares que reciben los beneficiarios.

<sup>5</sup> Se hace presente que la distribución de cotizantes es completamente aleatoria, es decir, no se tomaron en consideración aspectos que alteren la estimación de gasto, tales como edad, preexistencias, número de cargas, ingreso, tasa de uso, número de licencias médicas u otros. Esto permite que la distribución de los cotizantes en cada escenario sea similar a la del universo completo (100%).

**Tabla 1: Escenarios de Cotizantes con Cotización Adicional**  
(\$Millones de 2023)

Escenario	Número de Cotizantes en MCC (1)	Ingreso Cotizaciones (2)	Gasto SIL (3)	Gasto APS (4)	Gasto en MAI (5)	Gasto Bonificación MCC (6)
<b>100% Universo</b>	1.258.738	1.890.126	936.716	171.358	269.055	496.972
<b>50% Universo</b>	629.733	945.330	469.648	85.729	134.605	247.867
<b>40% Universo</b>	503.948	757.344	375.605	68.605	107.719	198.947
<b>30% Universo</b>	377.557	567.841	281.357	51.399	80.703	149.887
<b>20% Universo</b>	251.798	378.110	188.066	34.279	53.822	99.620
<b>10% Universo</b>	126.662	190.165	92.951	17.243	27.074	50.071

En la estimación de los gastos potenciales no se incluyó a los actuales beneficiarios de FONASA que se inscribirán en la nueva modalidad MCC, ya que la bonificación para cada prestación que realizará FONASA en la nueva modalidad MCC corresponde en valor absoluto a la bonificación para cada prestación realizada por FONASA en MLE. Por lo tanto, en términos de impacto fiscal, el gasto realizado por FONASA por concepto de bonificación de cada prestación será el mismo tanto en MCC como MLE. Así, se estima que los actuales beneficiarios de FONASA que se inscriban en la MCC no generarán un gasto adicional para FONASA.

### **C. Gastos de Administración**

La creación de la MCC implicará una mayor carga de trabajo para el FONASA, en particular para la creación y administración de esta nueva modalidad. Para ello, se contempla la contratación de 26 funcionarios en el primer año de implementación, considerando únicamente los costos de creación e implementación de la nueva modalidad. Otro tipo de costos administrativos que implique para FONASA, que dependan del número de personas que se inscriba en la nueva modalidad, como por ejemplo la atención a usuarios o la fiscalización, serán considerados en las respectivas Leyes de Presupuestos del Sector Público, en consideración a los beneficiarios y beneficiarías efectivos de MCC. El detalle de las divisiones que serán fortalecidas inicialmente para la implementación de la nueva modalidad se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Incremento en personal para FONASA**

División	Año 1
División Comercialización	9
División Contraloría	2
División Fiscalía	2
División Gestión Financiera	2
División Tecnologías de la Información	5
División Desarrollo Institucional	6
<b>Total</b>	<b>26</b>

El mayor gasto fiscal que implicará para el FONASA en su primer año de implementación de la ley se presenta en la Tabla 3. En la estimación se consideran los siguientes elementos:

i. Se incluye el gasto en personal estimado para el número de funcionarios descrito en la Tabla 2. Para el año 1 se consideran 6 meses de vigencia, y para los posteriores los correspondientes 12.

ii. Se contempla el gasto anual de soporte para dicho personal, incluyendo el gasto en bienes y servicios de consumo y en habilitación de oficinas.

iii. La estimación contempla gastos transitorios en desarrollo e implementación de sistemas informáticos y ampliación de sistemas tecnológicos del servicio, los que incluyen mayores costos de recaudación, desarrollo de infraestructura de seguridad, sistemas de gestión de la nueva modalidad, y mejoras en los sistemas de finanzas, cotizaciones y fiscalización.

**Tabla 3. Mayor gasto fiscal para FONASA**  
(\$Millones de 2023)

Subtítulo	Año 1	Años Siguintes
Gastos en personal	471	942
Bienes y servicios de consumo	1.002	623
Adquisición de activos no financieros	30	0
<b>Total</b>	<b>1.503</b>	<b>1.565</b>

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.

### III. Fuentes de Información

- Mensaje N°049-371, de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un 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 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

- Minuta de Aranceles de la Modalidad de Cobertura Complementaria. FONASA

- Minuta sobre Red de prestadores privados y esquemas. FONASA.”.

- Luego, se acompañó el informe financiero sustitutivo **N° 236**, elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 3 de noviembre de 2023, que señala lo siguiente:

#### **“I. Antecedentes**

El presente Informe Financiero sustituye al anterior (I.F. N°90, de 2023), e incluye las modificaciones al proyecto de ley realizadas en las indicaciones contenidas en el mensaje 202-371.

Estas modificaciones tienen por objeto implementar las recomendaciones de la Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del presente boletín, manteniendo el espíritu del proyecto de ley inicial, el que es abordar las consecuencias relacionadas al acceso a la salud de las personas beneficiarias de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que siguen de los fallos dictados por la Excm. Corte Suprema de Justicia.

En ese sentido, este proyecto propone dotar a la Superintendencia de Salud de facultades adicionales para implementar las instrucciones de la Excma. Corte Suprema. Además, se busca fortalecer la protección financiera del FONASA para sus beneficiarios a través de la creación de una nueva modalidad, la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

De esta manera, se proponen cambios tanto a las normas relativas a la MCC como a las relacionadas con la situación de las ISAPRES. Las principales modificaciones propuestas son:

i. Modalidad de Cobertura Complementaria:

a. Se modifica el número de esquemas que contiene la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en el FONASA, pasando de tres esquemas a un único esquema. Con esto, la MCC permitirá que los beneficiarios accedan, a través del pago de una prima complementaria, a una cobertura financiera complementaria (adicional), para cada prestación otorgada por una compañía de seguro reduciendo así el copago de las atenciones. Para implementar esta modalidad, las Compañías de Seguros deberán participar en licitaciones públicas que realice el FONASA, cuyas bases se encontrarán en una resolución. Junto con esto se establecen normas para el uso e inscripción de los afiliados a esta nueva modalidad.

b. Se agrega un seguro de carácter catastrófico a los beneficios de la MCC, el que será incluido en la prima que pagará cada beneficiario de la MCC. Así los beneficiarios y beneficiarías tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.

c. Se incluye que el valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento (UF) y se establece el procedimiento mediante el cual la prima complementaria podrá ser adecuada ante modificaciones del arancel MCC y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la MCC.

ii. ISAPRES

a. Se establece que la Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsual a los que las ISAPRES aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud. Se detallan también los elementos que deben estar presentes en dicha circular.

b. Se determina que las ISAPRES deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá contener, al menos:

- El número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud; el plazo máximo de devolución (hasta 10 años); las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

- Una propuesta de reducción de costos de la ISAPRE.

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

c. Todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria de salud, se ajustarán al valor de la cotización legal de salud, previa incorporación de nuevos beneficios al plan por parte de la ISAPRE. En el mismo momento la ISAPRE también deberá ofrecer uno más planes alternativos cuyo precio pactado se aproxime más a la cotización legal. En el futuro las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso. Se realizarán adecuaciones anuales y si el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o un plan de salud alternativo.

d. Se crea un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las ISAPRES, previa solicitud del Superintendente.

e. Se asegura la continuidad de tratamiento para afiliados y beneficiarios de ISAPRES que ante una situación de insolvencia de una ISAPRE se aplique la cancelación del registro y se conviertan en afiliados y beneficiarios de FONASA en los siguientes casos: afiliados y beneficiarios de Isapre con GES activo, afiliados y beneficiarios de Isapre que tengan cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) activo y afiliados y beneficiarios de Isapre con una sentencia favorable que otorgue derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su ISAPRE.

## **II. Efecto de las Indicaciones en el Presupuesto**

### **Fiscal**

Este Informe Financiero sustituye al I.F. N°90 de 2023, toda vez que se realizaron nuevas estimaciones relacionadas con la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) que incorporan cambios relativos al número de esquemas, número de prestadores y número de prestaciones. Adicionalmente, se agrega el impacto fiscal de la adición de un Consejo Asesor, lo que se agrega en estas nuevas indicaciones.

## II. 1 Modalidad Cobertura Complementaria

### FONASA

Con la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA, se prevé que existirá un impacto fiscal tanto por el lado de los ingresos como por el lado de los gastos, siendo la cantidad de personas que se inscriban en el FONASA, y en dicha modalidad, la variable que definirá el monto real de los ingresos y gastos relacionados a los componentes que los conforman.

Para efectos de este informe financiero se utilizó como referencia a quienes estuvieron afiliados a alguna ISAPRE en diciembre de 2022, a los que en adelante se denominará como 'cotizantes de referencia'. Se utilizaron los datos entregados por la Superintendencia de Salud y fueron tratados de tal forma de eliminar errores de base, *outliers*, y *missing values*. Se destacan las siguientes variables de interés:

i. *Cotizaciones Anuales*: corresponden a los datos efectivos de la cotización (obligatoria o voluntaria según corresponda) que realizaron los cotizantes de referencia, en diciembre del 2022, multiplicada por 12 para anualizarla. Se eliminaron de la muestra a todos los cotizantes cuyas cotizaciones obligatorias y totales eran iguales a 0, y se corrigieron los montos para cumplir con los mínimos y topes legales.

ii. *Subsidio a la Incapacidad Laboral (SIL)*: se utilizaron datos entregados por la Superintendencia de Salud, correspondientes a los días y montos de las Licencias Médicas efectivamente pagadas que tuvieron los cotizantes de referencia durante todo el año 2022.

iii. *Prestaciones Cubiertas*; corresponde a todas las prestaciones, ambulatorias y hospitalarias, que los cotizantes de referencia se realizaron y fueron bonificadas por su ISAPRE durante el año 2022. Se hace presente que existen cotizantes que tienen cargas asociadas, por lo que para ellos se consideran las prestaciones del grupo familiar completo para analizar sus costos potenciales.

Los ingresos y gastos potenciales, y su metodología de estimación se presentan a continuación:

### **A. Ingresos Potenciales:**

*Cotización Obligatoria:* Corresponde al 7% de la remuneración imponible mensual de los cotizantes que se inscriban en el FONASA, considerando el tope imponible mensual establecido. Para estimar los ingresos de FONASA que implicarían los nuevos afiliados se utilizaron los datos de las cotizaciones enteradas en las ISAPRES en 2022, según lo señalado precedentemente.

## **B. Gastos Potenciales:**

Para estimar los gastos potenciales se consideran los gastos que conllevarían los nuevos cotizantes de FONASA que se inscriban en la nueva modalidad MCC. Un supuesto relevante para la estimación de los gastos potenciales es que se asume que se repite el comportamiento observado de los cotizantes de referencia durante el 2022. Los ítems que implicarían gasto son los siguientes:

i. *Subsidio a la Incapacidad Laboral (SIL):* Corresponde al gasto por concepto de licencias médicas que tuvieron los cotizantes de referencia durante todo el 2022, ajustado para equiparar los días de licencia que paga FONASA a personas con un perfil similar. Así, el monto gastado en SIL corresponde a la multiplicación de los días que una persona en FONASA con características similares<sup>6</sup> recibió, por el monto diario efectivamente pagado a dicho cotizante por su ISAPRE.

ii. *Atención Primaria de Salud (APS):* Toda la población beneficiaría del FONASA puede inscribirse en la Atención Primaria de Salud (APS). No obstante, actualmente no todos lo hacen, por ello se requiere realizar un supuesto sobre qué proporción de los nuevos beneficiarios se inscribirá. Tomando en consideración la proporción de beneficiarios actuales de FONASA-D inscritos en la APS (83,2%), y la tasa de inscripción en APS de los ex beneficiarios de ISAPRE que se han inscrito en FONASA en los dos últimos años (16,8%), se asume un escenario donde serán beneficiarios de APS, el 50% de los nuevos cotizantes de la modalidad MCC multiplicado por 1,9, que corresponde a la proporción de beneficiarios totales por cada cotizante<sup>7</sup>. Así, para cada nuevo inscrito se considerará el costo per cápita promedio del APS, que asciende a \$143.300 anuales.

iii. *Modalidad de Atención Institucional (MAI):* Esta modalidad también está disponible para todos los beneficiarios y beneficiarías del FONASA. Basándose en datos administrativos, alrededor del 5% de todos los beneficiarios del FONASA tienen un egreso hospitalario al año. En ese sentido, entendiendo que la intensidad de uso de la MAI de los ex - beneficiarios de ISAPRE ha sido significativamente menor, se considera que un 2,5% de los nuevos cotizantes inscritos en MCC (multiplicados por 1,9) tendrán un egreso hospitalario en la atención pública.

<sup>6</sup> Las características que se utilizaron para establecer grupos de similitud fueron la edad, el sexo y el salario, este último calculado a través del monto de las cotizaciones.

<sup>7</sup> En otras palabras, esto es la división de los beneficiarios de las ISAPRES en la cantidad de cotizantes de las ISAPRES, ambos datos administrativos.

Con este valor, multiplicado por el monto promedio de un egreso hospitalario, equivalente a \$4.500.000, se obtiene el aporte fiscal a la MAI.

iv. *Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)*: La MCC será una nueva modalidad del FONASA donde sus beneficiarios podrán acceder a prestaciones hospitalarias y ambulatorias en una red de prestadores privados mediante el pago de las cotizaciones legales para salud al FONASA y una prima plana complementaria por persona beneficiaria, a cargo de la persona afiliada, que deberá ser enterada ante una compañía de seguros, la que otorgará la cobertura financiera complementaria.

Por lo tanto, esta modalidad contempla que existirán tres tipos de financiamiento para las prestaciones; la bonificación que entregará el FONASA, la bonificación que entregará una compañía de seguros y el copago que deberá desembolsar la persona afiliada. Para efectos del impacto fiscal, se considera únicamente la bonificación que entregará el FONASA toda vez que es el único gasto público de esta modalidad. Para el cálculo se considera lo siguiente:

- Precios: Como se mencionó anteriormente, existirá un precio único para cada prestación. Estos, estimados por el FONASA, se basan en los valores efectivos que los prestadores privados actualmente cobran por las prestaciones que ofrecen.

- Bonificación: Para el análisis se considerará que el FONASA bonificará lo mismo, en pesos, que hoy bonifica en la Modalidad de Libre Elección (MLE)<sup>8</sup> para la misma prestación.

- Prestaciones: Con el objetivo de obtener la cantidad de prestaciones estimadas que se van a realizar los cotizantes de referencia y sus cargas durante el 2023, se asume que la incidencia sanitaria y el comportamiento de los beneficiarios será exactamente igual a la observada en 2022, considerando únicamente el uso de las prestaciones que serán cubiertas por el FONASA en MCC<sup>9</sup>.

Finalmente, el costo fiscal de la MCC corresponderá a la bonificación entregada por el FONASA, en pesos, al total

---

<sup>8</sup> Con todo, para las nuevas prestaciones- que FONASA pretenden cubrir con MCC- que no estén siendo cubiertas por la MLE, se asumirá que el FONASA bonificará el 50% del precio más barato (precio del esquema 1) y replicará dicha bonificación para el resto de los esquemas.

<sup>9</sup> Para esto, se utilizaron prestaciones de MCC preliminares que fueron entregadas por el FONASA y que corresponden a las prestaciones con mayor intensidad de uso, y que cumplen con criterios sanitarios para ser cubiertos por el FONASA. Con todo, estas representan la mayor parte de las atenciones hospitalarias y ambulatorias regulares que reciben los beneficiarios. Las prestaciones utilizadas difieren de las utilizadas para el I.F. N°90, de 2023, toda vez que, al eliminarse prestadores de la nueva estimación, también fue modificada la oferta de prestaciones, por lo que el efecto final de la tabla 1 se ve modificado.

de prestaciones simuladas para los cotizantes de referencia y sus cargas.

v. *Modalidad de Ubre Elección (MLE)*: Se hace presente que toda la intensidad de uso de las prestaciones se asignó en la MCC, por tanto, el gasto en MLE se supone igual a \$0. En caso de que un beneficiario se atienda por MLE, se asume que no se atenderá en MCC al mismo tiempo, por lo que se debería descontar el valor del MCC y traspasarlo al MLE, razón por la cual el efecto fiscal sería neutro, al considerar que MCC y MLE tienen la misma bonificación del FONASA para la misma prestación.

De esta manera, y considerando que existe incertidumbre sobre la cantidad de beneficiarios que ingresarán al FONASA-MCC, se presentan cinco escenarios en donde varía la proporción de cotizantes que están disponibles para pagar una prima adicional y, por lo tanto, inscribirse en la MCC (con 50%, 40%, 30%, 20%, 10%). El universo total de potenciales cotizantes de la MCC corresponde a todos los cotizantes de ISAPRE que pagan algún monto adicional a la cotización de salud obligatoria del 7%, y en cada escenario se seleccionó aleatoriamente<sup>10</sup> el porcentaje del total de potenciales cotizantes y en base a ellos se calcularon sus ingresos y gastos potenciales de ingresar a la MCC. La selección aleatoria permite generar grupos de cotizantes con características homogéneas, evitando sesgos en la selección.

En la siguiente tabla se presentan las estimaciones de ingresos y gastos a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria del FONASA.

**Tabla 1: Escenarios de Cotizantes con Cotización Adicional<sup>11</sup>**

(MILLONES DE \$2023)

Escenario	Número de Cotizantes en MCC (1)	Ingreso Cotizaciones (2)	Gasto SIL (3)	Gasto APS (4)	Gasto en MAI (5)	Gasto Bonificación MCC (6)
<b>100% Universo</b>	1.238.539	1.865.470	936.716	168.609	264.738	428.098
<b>50% Universo</b>	619.637	932.879	469.648	84.354	132.447	213.443
<b>40% Universo</b>	495.937	747.569	375.605	67.514	106.007	171.364
<b>30% Universo</b>	371.550	560.413	281.357	50.581	79.419	129.039
<b>20% Universo</b>	247.733	373.136	188.066	33.725	52.953	85.742
<b>10% Universo</b>	124.628	187.677	92.951	16.966	26.639	43.101

Al igual en el Informe Financiero N°90 de 2023, tampoco se incluyó a los actuales beneficiarios de FONASA que se

<sup>10</sup> Se hace presente que la distribución de cotizantes es completamente aleatoria, es decir, no se tomaron en consideración aspectos que alteren la estimación de gasto, tales como edad, preexistencias, número de cargas, ingreso, tasa de uso, número de licencias médicas u otros. Esto permite que la distribución de los cotizantes en cada escenario sea similar a la del universo completo (100%).

<sup>11</sup> Como se señaló, esta estimación difiere de la presentada en el I.F. N°90, de 2023, pues se vieron modificadas las prestaciones utilizadas.

inscribirán en la nueva modalidad MCC, ya que, como la bonificación para cada prestación que realizará FONASA en la nueva modalidad MCC corresponde en valor absoluto a la bonificación para cada prestación realizada por FONASA en MLE, se estima que los actuales beneficiarios de FONASA que se inscriban en la MCC no generarán un gasto adicional para FONASA.

### **C. Gastos de Administración**

Los gastos de administración no varían con respecto a los presentados en el Informe Financiero N°90 de 2023. Así, se considera que la creación de la MCC implicará una mayor carga de trabajo para el FONASA, en particular para la creación y administración de esta nueva modalidad.

Para cubrir lo antes mencionado, se contempla la contratación de 26 funcionarios en el primer año de implementación, considerando únicamente los costos de creación e implementación de la nueva modalidad. El detalle de las divisiones que serán fortalecidas inicialmente para la implementación de la nueva modalidad se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Incremento en personal para FONASA**

<b>División</b>	<b>Año 1</b>
División Comercialización	9
División Contraloría	2
División Fiscalía	2
División Gestión Financiera	2
División Tecnologías de la Información	5
División Desarrollo Institucional	6
<b>Total</b>	<b>26</b>

El mayor gasto fiscal que implicará para el FONASA en su primer año de implementación de la ley se presenta en la Tabla 3. En la estimación se consideran los siguientes elementos:

i. Se incluye el gasto en personal estimado para el número de funcionarios descrito en la Tabla 2. Para el año 1 se consideran 6 meses de vigencia, y para los posteriores los correspondientes 12.

ii. Se contempla el gasto anual de soporte para dicho personal, incluyendo el gasto en bienes y servicios de consumo y en habilitación de oficinas.

iii. La estimación contempla gastos transitorios en desarrollo e implementación de sistemas informáticos y ampliación de sistemas tecnológicos del servicio, los que incluyen mayores costos de recaudación, desarrollo de infraestructura de seguridad, sistemas de gestión

de la nueva modalidad, y mejoras en los sistemas de finanzas, cotizaciones y fiscalización.

**Tabla 3. Mayor gasto fiscal para FONASA**  
(\$Millones de 2023)

Subtítulo	Año 1	Años Siguientes
Gastos en personal	471	942
Bienes y servicios de consumo	1.002	623
Adquisición de activos no financieros	30	0
<b>Total</b>	<b>1.503</b>	<b>1.565</b>

## II.2 Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

El Consejo estará constituido por cinco personas, cuyas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, el proceso de evaluación y selección de candidatos para la terna tiene un costo promedio por vacante de 7,6 millones de pesos. Cada consejero/a ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

Los consejeros tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Así, cada consejero/a podrá recibir como máximo 720 UF al año.

**Tabla 4. Mayor gasto fiscal por Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud**  
(\$Millones de 2023)

Ítem	Año 1 - Régimen
Monto Máximo Dieta por Consejero/a	26,2
<b>Total (5 consejeros)</b>	<b>131</b>

## II.3 Continuidad de Tratamientos

Las indicaciones establecen que ante la aplicación de la cancelación del registro para afiliados y beneficiarios de ISAPRES en situación de insolvencia FONASA podrá, a su cargo:

i. Autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso de personas que estén recibiendo prestaciones con las garantías Explícitas en Salud (GES), sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

ii. Otorgar cobertura financiera por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a FONASA de quienes contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas activa en su ISAPRE.

ii. Dar continuidad al otorgamiento y cobertura de prestaciones de salud que por sentencia definitiva de tribunales de justicia tengan derecho a la cobertura financiera con cargo a su ISAPRE.

El efecto que se derive de la aplicación de estas medidas depende de la insolvencia efectiva de una o más ISAPRES. Por ello, la estimación de costos es contingente a que ocurra el evento.

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.

### **III. Fuentes de Información**

- 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, 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.”.

Posteriormente, se acompañó el informe financiero complementario N° 4, elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 5 de enero de 2024, que señala lo siguiente:

#### **“I. Antecedentes**

Las presentes indicaciones (N°287-371) introducen, entre otras, las siguientes modificaciones al proyecto de ley:

1. Respecto al Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud se establece que éste deberá sesionar, a lo menos, una vez cada dos meses. Además, se norma el procedimiento de las designaciones para la primera composición de este órgano incluyendo la aprobación por parte del Congreso Nacional.

2. En lo relativo a los fondos acumulados en las cuentas de las personas afiliadas por concepto de devolución prevista en el plan de pago y ajuste, se determina que estos se reajusten de acuerdo con la variación que experimente el IPC, sin devengar intereses.

3. Se establece que la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar mecanismos estandarizados para evaluar propuestas de esta índole, así como los costos de cada Institución de Salud Previsional Incluyendo eventuales medidas de contención de costos.

4. Se permite que las Instituciones de Salud Previsional puedan bonificar las prestaciones considerando dos maneras: prestación a prestación o por paquete de prestaciones.

5. Se establece que, dentro del período legislativo del Congreso Nacional del año 2024, el Presidente de la República deberá

enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto.

## **II. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal**

Estas indicaciones **no tendrán incidencia sobre el presupuesto fiscal** respecto de los Informes Financieros antecedentes, al tratarse de indicaciones de carácter normativo.

## **III. Fuentes de Información**

- Mensaje N°287-371, 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, 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.”.

Luego, se acompañó el informe financiero complementario **N° 24**, elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 16 de enero de 2024, que señala lo siguiente:

### **“I. Antecedentes**

Las presentes indicaciones (N°307-371) pretenden modificar el mecanismo de designación de los integrantes del Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud, de la siguiente manera:

- Para la primera nominación, el Presidente de la República propondrá a la Cámara de Diputados y Diputadas, en una sola nómina, cuatro integrantes del Consejo, la que deberá ser aprobada por mayoría simple de los miembros presentes. Posteriormente, la nómina deberá ser ratificada por el Senado. Si alguna o ambas Cámaras del Congreso rechazase la nómina, el Presidente de la República deberá proponer dos nóminas; una con dos integrantes del Consejo para la Cámara de Diputadas y Diputados y otra con dos integrantes del Consejo para el Senado, donde cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva. El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República, una vez aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes. Estos consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento y podrán participar del procedimiento que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

- Para el régimen permanente, el Ministerio de Salud presentará al Consejo de Alta Dirección Pública los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los que deberán ser aprobados por los

Ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Turismo. El Consejo de Alta Dirección Pública convocará el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, para proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de la ley.

## **II. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal**

Estas indicaciones **no irrogan un mayor gasto fiscal**, toda vez que las actividades se realizarán con cargo a la dotación y recursos vigentes de las instituciones involucradas.

## **III. Fuentes de Información**

- Oficio N°307-371, 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, 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.”.

A continuación, se acompañó el informe financiero complementario **N° 30**, elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 22 de enero de 2024, que señala lo siguiente:

### **I. Antecedentes**

Las presentes indicaciones (N°314-371) buscan que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) presenten a la Superintendencia de Salud, en su plan de pago y ajuste, una propuesta de alza de precio base para todos los contratos que administre, en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios.

Adicionalmente, la propuesta aplica sobre el precio final del contrato, el que se entenderá como el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas (GES) y lo que las ISAPRES cobren por beneficios adicionales. Al mismo tiempo, la ISAPRE deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio sea equivalente al vigente. Luego de seis meses desde dicho ajuste, las personas afiliadas podrán solicitar a su ISAPRE cambiarse a alguno de los planes que les ofrezcan, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud.

## **II. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal**

Estas indicaciones **no irrogan un mayor gasto**

**fiscal**, toda vez que se refiere a cambios normativos.

### III. Fuentes de Información

- Oficio N°314-371, 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, 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.

Finalmente, se acompañó el informe financiero complementario N° 35, elaborado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de 23 de enero de 2024, que señala lo siguiente:

#### “I. Antecedentes

Las presentes indicaciones (N°317-371), introducen cambios en los artículos transitorios en relación con la obligación que tendrá el FONASA, ante un eventual cese de registro de una Isapre y en el caso que esta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes.

En ese sentido, el Fondo Nacional de Salud autorizará, para las personas afiliadas que queden afectas al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la continuidad del otorgamiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES) que se encuentren en curso, sin la necesidad de realizar una nueva confirmación diagnóstica asignando un prestador para tales efectos.

Por último, se establece que una vez otorgada dicha prestación, el prestador de salud a cargo de otorgarla deberá derivar a la persona beneficiaría a la Red Asistencial.

#### II. Efecto del Proyecto de Ley sobre el Presupuesto Fiscal

Estas indicaciones, asociadas a la continuidad de los tratamientos GES, **no irrogan un mayor gasto fiscal** respecto de los informes financieros antecedentes, toda vez que estas atenciones se realizarán conforme a las obligaciones legales establecidas en la ley N°19.966.

Esto implica que los costos asociados a estas atenciones de salud se encuentran considerados dentro de los beneficios que otorgaría FONASA a los potenciales nuevos afiliados.

### **III. Fuentes de Información**

- Oficio N°317-371, 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, 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.”.

Se deja constancia de los precedentes informes financieros en cumplimiento de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 17 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

- - -

### **MODIFICACIONES**

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de proponeros la aprobación en particular de la iniciativa legal en trámite, con las siguientes modificaciones:

#### **Artículo 3°**

##### **Inciso primero**

Ha agregado, a continuación del literal b), el siguiente literal c) nuevo:

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

**Inciso tercero**

Ha reemplazado la expresión “artículo 5°” por “artículo 6°”.

**o o o o o**

Ha incorporado un artículo 4°, nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.”.

**o o o o o**

**Artículos 4º, 5º, 6º, 7º, 8º y 9º**

Han pasado a ser artículos 5º, 6º, 7º, 8º, 9º y 10, sin enmiendas.

**Artículo séptimo transitorio**

Ha sustituido la expresión “artículo 5º” por “artículo 6º”.

**Artículo octavo transitorio**

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“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 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, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.”.

**TEXTO DEL PROYECTO**

De conformidad con las modificaciones precedentemente expuestas, el texto queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1°.- Introdúcense, al Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

1) Intercálase, en el artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:

“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 otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.

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 la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.

3) Incorpórase, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, nuevo:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

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

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos

a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

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

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

- a) Expiración del período para el que fue nombrado.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Condena a pena aflictiva.
- d) El fallecimiento de la persona.
- e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.
- f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

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

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

Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante, lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes.

En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

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 el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras;

e) El plazo de duración del contrato;

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

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura,

las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N°251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;

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

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

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

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 quinquies.

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 este fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

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

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

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

6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración:

“sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.”.

7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser décimo primero y así sucesivamente:

“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales que hace referencia el inciso anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.

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

9) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la frase:

“También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:

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

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

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

“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.

Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.

Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

12) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:

“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.”.

b) Reemplázase, en la frase final del penúltimo inciso, la palabra “la” por “el”.

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

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

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

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

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización

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

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

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

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

5.La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1° de diciembre de 2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. 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 uno 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, de 2005, 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 presente circular 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.

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

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

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, 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 6°**.

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

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

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados 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, de 2005, 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 este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, 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 octavo.

***Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.***

***En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.***

***Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.***

Artículo 5°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

**Artículo 6°.-** Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendos o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución. La Superintendencia de Salud podrá asistir a la misma con derecho a ser oída.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de 10 días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las

medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, estas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

**Artículo 7°.-** La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3° será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado.

El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniere en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice según las circunstancias.

**Artículo 8°.-** Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos

contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho artículo.

Previo hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respectiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.

**Artículo 9°.-** Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

Artículo 10.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121 N°11 y 220 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, 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, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

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

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

Artículo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2° de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.

Artículo cuarto.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quorum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el título VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo, al Congreso Nacional.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de 10 días contados desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a. Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.
- b. Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran o rechacen las nóminas propuestas dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los 20 días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el título VI de la

ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo sexto.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por el numeral 3 del artículo 1° de la presente ley.

Artículo séptimo.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley y, que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el **artículo 6°** de la presente ley, esta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.

**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 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, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.***

Artículo noveno.- 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, 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 tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.

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

Artículo duodécimo.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1° de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

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

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

-----

Acordado en sesiones celebradas el día 22 de enero de 2024, durante la mañana, con asistencia de los Honorables Senadores señores Ricardo Lagos Weber (Presidente), Juan Antonio Coloma Correa, José García Ruminot (Presidente accidental), José Miguel Insulza Salinas y Daniel Núñez Arancibia, y en sesión de la tarde con asistencia de los Honorables Senadores señores Ricardo Lagos Weber (Presidente), Juan Antonio Coloma Correa (Sergio Gahona Salazar), José García Ruminot, José Miguel Insulza Salinas y Daniel Núñez Arancibia, y en sesión del día 23 de enero de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señores Ricardo Lagos Weber (Presidente), Juan Antonio Coloma Correa (Sergio Gahona Salazar), José García Ruminot, José Miguel Insulza Salinas y Daniel Núñez Arancibia.

A 23 de enero de 2024.



**MARÍA SOLEDAD ARAVENA**  
Secretaria de la Comisión

## RESUMEN EJECUTIVO

**INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, 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).**

**I. OBJETIVO(S) DEL PROYECTO PROPUESTO:** hacer viable el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema sobre las ISAPRES y asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las mismas, sin afectar su sostenibilidad financiera, dotando a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias. Fortalecer el Fondo Nacional de Salud, entre otras medidas, con la creación de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria. Comprometer un conjunto de iniciativas legales para el curso del presente año con el fin de introducir reformas al sistema de salud que profundicen los principios de seguridad social en salud.

### **II. ACUERDOS:**

#### Artículo 1°:

Número 1): Aprobado por unanimidad (5x0).

Número 2): Aprobado por unanimidad (5x0).

Indicación sobre el artículo 3°: Aprobada por mayoría (4x1 abstención).

Número 3), artículos 130 bis y 130 ter: Aprobado por unanimidad (5x0).

Número 4): Aprobado por unanimidad (5x0).

Número 5): Aprobado por unanimidad (5x0).

Número 9): Aprobado por unanimidad (5x0).

Número 11): Aprobado por mayoría (3x2 abstenciones).

Artículo 2°: Aprobado por mayoría (3x2 abstenciones).

Artículo 3°: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo 4°, nuevo: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo 5°, incisos cuarto y quinto: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo 7°: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo 8°: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo segundo transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo cuarto transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

Indicación al artículo octavo transitorio: Aprobada por unanimidad (5x0).

Artículo noveno transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo décimo transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo décimo tercero transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

Artículo décimo cuarto transitorio: Aprobado por unanimidad (5x0).

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO PO LA COMISIÓN:** consta de diez artículos permanentes y 14 disposiciones transitorias.

**IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** en lo relativo a las normas de quórum especial, la Comisión de Hacienda se remite a lo consignado en el informe de la Comisión de Salud, haciendo presente que es también norma de quórum calificado por referirse e incidir en materias de seguridad social el nuevo artículo 4° incorporado en la Comisión de Hacienda, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

**V. URGENCIA:** “discusión inmediata”.

**VI. ORIGEN INICIATIVA:** Senado. Mensaje de S.E. el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font.

**VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** primero.

**VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 9 de mayo de 2023.

**IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** informe de la Comisión de Hacienda.

**X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

1. Constitución Política de la República (artículo 19, numeral 18°)
2. Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469.
3. Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
4. Ley 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.
5. Ley N° 21.350, que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud.
6. Ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Valparaíso, 23 de enero de 2024.

  
**MARÍA SOLEDAD ARAVENA**  
Secretaria de la Comisión

**ÍNDICE**

	Página
Suma y asistencia	1
Normas de Quórum Especial	3
Discusión	3
Financiamiento	88
Modificaciones	109
Texto	111
Acordado	138
Resumen Ejecutivo	139