



**INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD**, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que suspende la facultad de las Isapres para adecuar los planes de salud durante la situación que indica.

**BOLETINES N<sup>os</sup> 13.502-11, 13.503-11 y 13.504-11, refundidos.**

---

**HONORABLE SENADO:**

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca de los proyectos de ley señalados en la suma, los que a continuación se especifican:

- El primero, suspende durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe motivado por la pandemia de Covid-19, la facultad de las Isapres de modificar el precio base de los planes de salud en términos más onerosos para sus afiliados. Iniciado en moción de los Honorables Diputados señores Florcita Alarcón, Boris Barrera, Andrés Celis, Renato Garín, Tomás Hirsch, señora Ximena Ossandón, señores Patricio Rosas y Raúl Soto. (boletín N°13.502-11).

- El segundo, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para suspender durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe motivado por la pandemia de Covid-19, la facultad de las Isapres de poner término, modificar o aumentar unilateralmente el precio de los planes de salud de sus afiliados. Iniciado en moción de los Honorables Diputados señores Gabriel Boric, Diego Ibáñez, Gonzalo Winter y señora Gael Yeomans. (boletín N°13.503-11).

- El tercero, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, para prohibir a las Isapres modificar los contratos de salud o aumentar su precio, en perjuicio de sus afiliados, durante una epidemia o pandemia, o alerta sanitaria declarada por la



autoridad. Iniciado en moción del Honorable Diputado señor Miguel Crispi. (boletín N°13.504-11).

Se hace presente que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 127 del Reglamento de la Corporación, la Comisión discutió en general y en particular esta iniciativa de ley, por tratarse de un proyecto de artículo único.

-----

A las sesiones en que se trató este asunto asistieron, además de los miembros de la Comisión, las siguientes personas:

- El Superintendente de Salud, señor Patricio Fernández.

- Los Asesores del Ministerio de Salud, señora Valeria Díaz; señor Enrique Accorsi; señor Jorge Acosta y señor Jaime González.

- El Investigador de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Eduardo Goldstein.

- El Asesor de la Senadora Carolina Goic, señor Gerardo Bascuñán.

- El Asesor de la Senadora Ena Von Baer, señor Benjamín Rug.

- Los Asesores del Senador Rabindranath Quinteros, señores Jorge Frites y Jaime Junyent.

- La Asesora del Comité PPD, señora Victoria Fullerton.

-----

### **OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO**

De acuerdo al tenor de las iniciativas presentadas, estos proyectos de ley persiguen impedir que las Isapres aumenten el precio de los planes de salud y el valor de las primas GES o disminuyan o limiten sus prestaciones y beneficios, durante la vigencia



de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta 180 días siguientes a la cesación de dicho estado.

El proyecto que propone la Comisión, en cambio, reemplaza el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en lo relativo a las modificaciones a los precios base de los planes de salud, sujetando la determinación de la reajustabilidad de los planes a un procedimiento establecido y con un parámetro objetivo. A su vez, se establece que no habrá ajustes a los precios de los planes de salud los años 2020 -que se estaban cobrando retroactivamente- y 2021.

El texto que propone la Comisión se estructura en un artículo permanente y tres artículos transitorios.

-----

### **NORMAS DE QUORUM ESPECIAL**

Se deja constancia de que el proyecto de ley es de quórum calificado, por tratarse de normas que versan sobre seguridad social, de acuerdo con el ordinal 18° del artículo 19 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso tercero de la Carta Fundamental.

-----

### **ANTECEDENTES DE DERECHO**

El proyecto de ley en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- Constitución Política del Estado, artículo 19, N° 9 y 18; derecho a la protección de la salud y derecho a la seguridad social.

- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469.

-----



## ANTECEDENTES DE HECHO

En términos generales, las tres iniciativas de ley, exponen dentro de sus fundamentos que, atendidas las condiciones de extrema necesidad tanto en el ámbito de la salubridad como en el económico y financiero que atraviesa el país producto de la pandemia originada por el virus Covid-19, existe la urgencia de establecer ciertas normas extraordinarias y especiales que permitan a la población solventar los gastos necesarios para su supervivencia y necesidades básicas, dentro de las que se encuentra el acceso a las prestaciones de salud.

Teniendo presente que las Isapres están facultadas por ley para adecuar sus planes de salud en forma periódica, se hace indispensable presentar una norma que permita suspender la aplicación de la ley que entregan dicha facultad, durante el tiempo que dure el estado de alerta sanitaria por epidemia o pandemia.

Señalan los autores que resulta imperioso mantener las condiciones económicas y de salud pública necesarias que permitan el mayor grado de protección para todos los habitantes, siendo una de ellas, disminuir el impacto económico que supone para los afiliados del sistema privado de salud el alza anual de precios de sus respectivos planes.

El espíritu de las iniciativas de ley, se funda en el temor que representa para las personas la privación de una atención oportuna y continua de las prestaciones de salud. En contexto de pandemia, la negación de una prestación de salud o su excesivo costo, supone privar de un derecho fundamental tan importante como la salud y la vida.

Añaden que frente a una pandemia no es aceptable bajo ningún pretexto la terminación unilateral de los contratos de salud por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), o el alza excesiva de los precios de los planes de salud asociados a enfermedades preexistentes o edad avanzada, siendo especialmente discriminatorio y lesivo con grupos de riesgo a causa de una enfermedad respiratoria emergente como el COVID-19.

- - - - -



## DISCUSIÓN EN GENERAL

Al dar inicio al debate, **la Honorable Senadora señora Goic** recordó que la iniciativa fue declarada admisible en la Cámara de Diputados. El argumento para sostener su admisibilidad radica en estimar que las Isapres no son parte de la seguridad social. Se trata de un seguro privado y como tal, los parlamentarios tendrían iniciativa para regularla, afirmó que esa es la tesis de la Cámara de Diputados.

Añadió que las Isapres actualmente han aumentado sus ingresos a raíz de la disminución de las prestaciones y vía prima Garantías Explícitas en Salud (GES). Por tanto, no hay justificación para aumentar los precios de los contratos.

Reconoció que las Isapres cumplieron un compromiso acordado con esta Comisión el año 2020 y no aumentaron el precio de los planes durante un período, pues se pensaba que la pandemia, a estas alturas, estaría más controlada.

Las Instituciones de Salud Previsional pretenden hacer efectivo el aumento postergado el año pasado, lo que para las personas significa igualmente un gasto importante.

Declaró que no se justifica que algunas Instituciones, como la Isapre Colmena, aumenten el costo del PCR<sup>1</sup>, que es un examen básico en este momento, y sea la segunda Isapre con mayores utilidades del país.

Resulta inaceptable que las Isapres no entiendan que no pueden subir los precios en estas condiciones.

Llamó al Ejecutivo a hacer un planteamiento en este proyecto y a sostener una conversación seria con las Isapres, para resolver el punto.

**El Honorable Senador señor Chahuán** requirió saber los efectos del acuerdo administrativo entre las Isapres, Ejecutivo y la Comisión de Salud del Senado, que terminó con una resolución de la Superintendencia de Salud, congelando los planes por un año.

---

<sup>1</sup> Reacción en Cadena de la Polimerasa, por sus siglas en inglés.



Manifestó compartir lo señalado por la Senadora Goic acerca de la imprudencia de restar la bonificación a un examen de PCR en el momento más crítico de una pandemia, estimó que es una vergüenza, sobre todo considerando que actualmente hay una disminución sustantiva de las prestaciones por parte de los afiliados del sistema privado de salud.

**El Honorable Senador señor Quinteros** estuvo de acuerdo con lo expresado previamente por los señores Senadores y añadió que ha llegado el momento de eliminar el derecho de las Isapres de adecuar los precios base de los planes complementarios de salud, de manera unilateral.

Señaló que el DFL N° 1, del Ministerio de Salud, del año 2005, establece que las Isapres tienen derecho a adecuar anualmente los precios base de los planes complementarios de salud individual y que la adecuación de los precios debería estar ligada estrictamente a la variación de los costos en la salud.

En la práctica e históricamente, las Isapres han usado esta facultad en forma discrecional, sin mayor fundamento y apreciándose alzas muy por encima del aumento real de los costos en la salud. Sostuvo que la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) cuentan con un indicador referencial de costo de la salud, que se calcula anualmente y de acuerdo a dicho indicador, el año 2020 fue negativo.

Hizo presente que las alzas son una decisión unilateral e individual de cada Isapre, por tanto, las Isapres al definir las alzas de precios anuales, no están obligadas a considerar los indicadores referidos.

Recordó que los presidentes de la Corte Suprema, en sus cuentas anuales de los últimos años, han realizado un llamado urgente a los Poderes Ejecutivo y Legislativo para resolver esta materia y modificar la normativa vigente.

**El Honorable Senador señor Girardi** manifestó que se terminó el tiempo a las Isapres, a las cuales se le ha concedido todas las oportunidades para demostrar que son una institución y seguro de salud, pero queda en evidencia que no lo son, sino que son una institución que incluso en los momentos más duros de Chile, no tiene problema de aprovecharse de esta situación, sin ética, violando derechos humanos fundamentales, que atentan contra el derecho a la salud y contra las



posibilidades de enfrentar una pandemia, siendo su único interés la ganancia.

Resaltó la necesidad de legislar sobre el tema y asumir los costos. Afirmó que el Ejecutivo tiene todas las atribuciones para impedir los abusos de las Isapres.

La ley que crea y regula a las Isapres es un traje a la medida, porque la hicieron quienes fueron sus dueños, y ha costado años cambiar la norma.

Opinó que como parlamentarios no se pueden seguir escudando en la falta de atribuciones para legislar en esta materia, ya no pueden continuar siendo testigos de una depredación que deja a las personas en situación de orfandad.

**El asesor legislativo del Ministerio de Salud, abogado señor Jaime González** manifestó compartir el fondo de las inquietudes planteadas por los Senadores, sin embargo, indicó que es de iniciativa presidencial modificar las normas sobre seguridad social o que incidan en ella

A continuación, **el Superintendente de Salud, señor Patricio Fernández** realizó una presentación<sup>2</sup>, cuya síntesis se registra a continuación:

En primer lugar, dio a conocer todas las regulaciones que como Superintendencia han realizado desde marzo de 2020 hasta la fecha, en materia Covid-19. Dentro de las cuales destacó el oficio circular sobre difusión de precios y cobertura del PCR, la suspensión de procesos de acreditación, medidas excepcionales para la entrega de medicamentos, telemedicina, pago de las licencias médicas - algunas Isapres estaban rechazando los pagos de casos confirmados-.

Añadió que se ordenó la devolución excepcional de subsidios por incapacidad laboral a los organismos públicos y municipalidades con fondos de garantía, devolución extraordinaria de excedentes, entre otras medidas.

---

<sup>2</sup> Los documentos que sirvieron de base a las intervenciones están publicados en el sitio web del Senado, asociados a los Boletines N<sup>os</sup> 13.502-11, 13.503-11 y 13.504-11.



Posteriormente, detalló el oficio 69/N°72, de septiembre del año 2020, que determinó una nueva postergación de alzas de precios del proceso de adecuación 2020-2021, hasta abril de este año.

En materia de licencias médicas asociadas a Covid-19, informó que registran más de 201.000 licencias tramitadas e informadas, el 93,8% de ellas han sido autorizadas o reducidas y el 6,2% fueron rechazadas.

Detalló que se han realizado 803.735 exámenes de PCR por parte de las Isapres. En relación a la bonificación promedio por examen, ésta corresponde a un 92,7% del monto facturado para los exámenes PCR. Recordó que las Isapres habilitaron el copago cero para los exámenes PCR que se realicen dentro de la red, sin embargo, informó que ese beneficio no se ha prorrogado en todas las Isapres desde este año.

En diciembre se fiscalizó el precio de los exámenes PCR ambulatorio y hospitalario. En los ambulatorios, el 3% informó un valor mayor a lo establecido y el hospitalario un 18%, situación que se está llevando adelante vía fiscalización y sanción en los casos que corresponda.

En relación a la postergación del proceso de adecuación de los planes 2020-2021, fruto del acuerdo entre el Gobierno, la Comisión de Salud del Senado y la Asociación de Isapres, informó que se postergó por un año la adecuación de los precios, proceso que fue regulado por la Superintendencia de Salud.

Comentó que implementaron un aplicativo enfocado en las personas, a su vez, han trabajado en el indicador de costos de la salud. Observó que el indicador ha tenido respuesta porque este año dio -0,5% y las Isapres informaron, en su totalidad, que no van a reajustar.

Explicó que el aplicativo para reclamar por un reajuste permite recurrir a la Superintendencia de Salud, hacer el reclamo por el celular, tomar una foto de la carta de adecuación, lo que permite realizar un reclamo en menos de cinco minutos.

Afirmó que luego del acuerdo de postergación de las alzas de precios, se produjo una disminución del 94% de reclamos por concepto de adecuación de precios base. La misma situación se reflejó en sede judicial, que disminuyó en 77% la cantidad de recursos ingresados por este concepto.



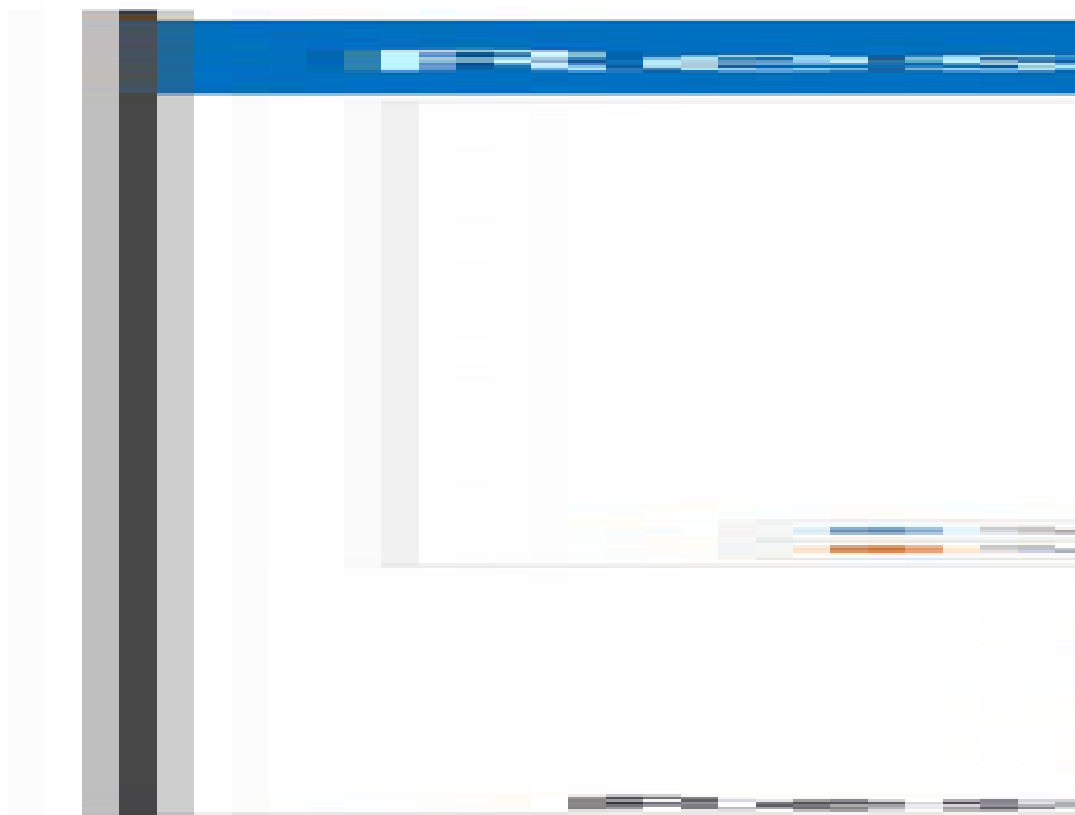
En cuanto a los impactos financieros, estimó que por concepto del proceso de adecuación 2020/2021, se produjo un incremento de M\$91.029.449 entre los periodos de recaudación de septiembre y diciembre.

Considerando lo anterior, y de no aplicar el reajuste se esperarían pérdidas que se podrían calcular en el sistema de aproximadamente M\$19.000.000 y M\$45.000.000, según los cálculos realizados en la Superintendencia.

De aplicar el alza de precio base del proceso de adecuación 2020-2021 se estima un incremento equivalente a M\$91.029.449 que corresponde a un 3,0% del ingreso total a diciembre del año 2020.

El resultado anterior, es producto de estimar a las personas beneficiarias afectadas multiplicando su valor pactado, descontando el correspondiente precio GES y el precio por beneficios adicionales, y variación de precio base informada por las Isapres.

A continuación, exhibió la siguiente lámina:





Puntualizó que hay una tendencia en dos Isapres que se debe monitorear por el resguardo a los afiliados. Sin perjuicio de ello, no se observa una situación grave en el sistema.

El otro punto que abordó fue la movilidad de la cartera de los beneficiarios. Señaló que en relación a la cartera de cotizantes, se observa una contracción de 46.533 entre enero de 2020 y enero del año 2021, es decir una caída de 2,3%.

En cuanto a las desafiliaciones, estas correspondieron a 294.418 en enero de 2020 y 2021, del total mencionado se observa que la proporción de desafiliaciones para cotizantes independientes y voluntarios se han incrementado de 13,1% a 15,9% y de 4,1% a 6,3%, respectivamente, entre enero de 2020 y 2021.

En resumen, informó que 161.432 cotizantes abandonaron el sistema Isapre. 114.899 cotizantes ingresaron al sistema Isapre, a su vez 113.468 cotizantes cambiaron de Isapre.

Como conclusión, señaló que la Superintendencia de Salud ha realizado un seguimiento y evaluación permanente a las Isapres acorde a la contingencia Covid-19, se creó un Comité de Riesgo Financiero y se ha realizado un seguimiento periódico de la situación.

A continuación, relató que se percataron que la mayoría de las Isapres experimentaron ciertos ahorros producto de las prestaciones no realizadas, hay un grupo de Instituciones que se llevaron gran parte de las utilidades y hay otras dos Isapres que están en una situación un poco más compleja.

Los costos operacionales crecientes y la eventual merma en los ingresos podrían generar inestabilidad financiera en algunas Isapres.

Expresó que se debe liberar a las personas del debate político y técnico que posterga cada año una solución definitiva para el Sistema Privado de Salud. Para este año la Superintendencia se ha planteado avanzar en Estandarización de Planes de Salud, Suscripción Electrónica y movilidad de las personas cautivas. Asimismo, estimó que el índice Referencial de Costo de la Salud (IRCSEA), se ha consagrado como una herramienta válida y aceptada para el control de la reajustabilidad de planes de salud.



Respecto al proyecto de ley estimó que versa sobre materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, ya que los contratos de salud previsional forman parte de la seguridad social, carácter que ha sido reconocido expresamente, por el Tribunal Constitucional y por la Corte Suprema.

De esta forma, y según lo prescribe el artículo 65, N° 6, inciso cuarto de la Constitución Política de la República, este proyecto debió iniciarse por Mensaje y no por Moción.

**La Honorable Senadora señora Goic** rescató el avance que ha realizado la Superintendencia con el marcador de precios (IRCSA), que da el margen para el aumento de precios razonable, solicitó más detalles para saber lo validado que está ese mecanismo.

Recalcó que el proyecto en discusión tiene por objeto congelar el alza de precios, como medida transitoria. Sin embargo, está pendiente la discusión de fondo cuyo objetivo es determinar la forma de regular el alza de precios. Una de las formas es validar, desde el punto de vista legislativo, este indicador y el procedimiento que ha realizado la Superintendencia, con una banda o margen, para determinar el aumento de los precios. Consultó cómo se construye el indicador.

**El señor Superintendente** respondió que el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio.

Para ello crearon una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, explicó que los datos que recibe la Superintendencia, son validados. En cuanto a la metodología y forma en la que se construye el indicador, recurrieron al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores.

Precisó que es un indicador que da cuenta de variaciones de costo, de sistema, y permite determinar una banda de variación referencial para este proceso anual. Hay varias críticas que se le puede hacer, como que es inflacionario o que no recoge ciertas realidades, pero es perfectible.



Manifestó que se pueden incorporar otros factores al indicador, como un componente sanitario y un componente de sanción correctivo a las Isapres que no cumplan con algunos parámetros.

Señaló que las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan.

**El Honorable Senador señor Chahuán** declaró que es inaceptable que las Isapres sigan abusando de los afiliados, es necesario que comprendan que son ellas las que deslegitiman el sistema de salud.

A continuación, a solicitud de Senadores miembros de la Comisión se procedió a votar la admisibilidad del proyecto de ley en estudio, en aplicación de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 15 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

**La Honorable Senadora señora Von Baer** señaló que, desde su punto de vista, el proyecto es claramente inadmisibles, regula materias de seguridad social, lo que de acuerdo al artículo 65 número 6 de la Constitución Política de la República, es de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Indicó que el Tribunal Constitucional en diversas sentencias ha señalado que el contrato de salud no es un contrato común, sino que es un contrato de institución de seguridad pública, así también lo ha indicado la jurisprudencia de la Corte Suprema en sus fallos, por lo que estimó que el proyecto de ley es inadmisibles.

**La Honorable Senadora señora Goic** comprendió que hay una discusión respecto a la admisibilidad, argumentó que se regula un contrato de seguro privado. Si las Isapres respondieran a la lógica de seguridad social, habría prestaciones que se entregan independiente del pago, habría solidaridad y una serie de elementos que no existen. Opinó que el proyecto es admisible y llamó a continuar con su tramitación.

**El Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que en tiempos de pandemia es posible suspender el alza en los planes de salud y consideró que el proyecto es admisible.



**El Honorable Senador señor Girardi** expresó que hay instituciones que se dicen de salud pero que no cumplen ninguna función social ni sanitaria y atentan contra la salud y a la vida de las personas de manera sistemática. En ese escenario, hay una obligación desde el punto de vista ético, pero también desde el punto de vista legal, de regular estos abusos.

**El Honorable Senador señor Quinteros**, adhirió a los argumentos planteados por los Senadores señores Girardi, Chahuán y señora Goic. El tema de fondo es terminar con el abuso.

**- Sometida a votación la admisibilidad del proyecto de ley, se declaró admisible por la mayoría de los miembros de la Comisión, votaron a favor de la admisibilidad los Honorables Senadores señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros. Votó en contra, la Honorable Senadora señora Von Baer.**

**El señor Jaime González** hizo reserva de constitucionalidad y dio por reproducida la argumentación de la Senadora señora Von Baer e hizo presente que el Ejecutivo entiende que cualquier norma que incida en materias de seguridad social, es de iniciativa exclusiva del Ejecutivo.

En segundo lugar, y sin perjuicio de la continuación y tramitación del proyecto, recordó que el Ejecutivo manifestó su opinión sobre la forma en cómo se deben regular los planes y las tarifas de salud, la cual consta en la propuesta de indicación que descansa en el proyecto de ley de Isapres.

En tercer lugar, sugirió tener a la vista el artículo 9 del Código Civil, que se refiere al efecto retroactivo de las leyes, de lo contrario, el proyecto en discusión tendrá un problema de ejecución y aplicación de la norma. El citado artículo señala que la ley puede solo disponer para lo futuro y no tendrá jamás efecto retroactivo.

Hizo presente lo anterior, porque tal como está presentado el proyecto, pretende dar efecto a situaciones que ya fueron verificadas y realizadas por las Isapres, que es el envío de la respectiva carta de adecuación.

**El Honorable Senador señor Chahuán** solicitó nuevamente al Superintendente de Salud informar el número de personas que se beneficiaron con el congelamiento de los planes de salud, producto



del acuerdo alcanzado el año 2020 y cuantas mujeres en edad fértil pudieron rebajar los planes de salud. Comentó que en su impresión fueron pocas personas beneficiadas porque se exigía la solicitud presencial para formalizarlo.

**El Honorable Senador señor Girardi** consideró necesario dejar en evidencia al Gobierno, que está atentando contra la posibilidad de resolver un tema que tiene urgencia, amenazando con hacer una presentación ante el Tribunal Constitucional, para permitir que las Isapres sigan abusando.

Manifestó que el Gobierno tiene todos los mecanismos para resolver este tema, basta que el Ejecutivo patrocine el proyecto de ley.

A continuación, **el Honorable Senador señor Quinteros**, sometió a votación la idea de legislar.

- Puesto en votación el proyecto de ley, en general, fue aprobado por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros. La Honorable Senadora señora Von Baer, se abstuvo.

- - - - -

#### DISCUSIÓN EN PARTICULAR

En aplicación del artículo 127 del Reglamento del Senado, por tratarse de un proyecto de artículo único, luego de votarlo en general, la Comisión fijó un plazo interno para formular indicaciones. En una primera instancia, se presentaron tres indicaciones parlamentarias, la primera, modifica el artículo 197 del DFL N°1, del 2005; la segunda, incorpora un artículo 197 quáter nuevo y la tercera, incorpora dos artículos transitorios nuevos.

Con posterioridad, el Ejecutivo presentó cuatro indicaciones al proyecto de ley, recogiendo en parte, las ideas principales de las indicaciones de los parlamentarios.

Finalmente, la Comisión introdujo diversas propuestas, alcanzando un acuerdo de texto definitivo.



**El texto del proyecto de ley aprobado en primer trámite por la Cámara de Diputados es el siguiente:**

“Artículo único.- Incorpóranse, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, los siguientes artículos:

Artículo 197 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional estarán impedidas, durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta ciento ochenta días siguientes a la cesación de ese período, de ejercer las facultades que le confiere el inciso tercero del artículo 197 y el artículo 201, de aumentar el precio de los planes de salud y el valor de las primas GES, o de disminuir o limitar sus prestaciones y beneficios.

Si el impedimento señalado en el inciso anterior se extendiere por más de un año, las Instituciones de Salud Previsional no podrán acumular el aumento del precio base del plan no efectuado durante ese periodo a la modificación que realicen en el año siguiente, de acuerdo al inciso tercero del artículo 197.

En caso de que se cumpla lo señalado en el inciso anterior, la autoridad competente deberá calcular, respecto del Sistema de Instituciones de Salud Previsional, los indicadores de variación de los precios de las prestaciones de salud, considerando la frecuencia de uso de las mismas, y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral por ese año.

Durante la vigencia de una alerta sanitaria decretada en razón de una epidemia o pandemia y hasta ciento ochenta días siguientes a la cesación de ese período, la pérdida de la relación laboral no podrá constituir causal de término anticipado del contrato de salud que tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución.

Por el periodo señalado, en caso de que el contrato de salud establezca beneficios condicionados por pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores o cuando el contrato de salud tenga por objeto otorgar prestaciones a trabajadores de una determinada institución o empresa, la Institución de Salud Previsional tendrá prohibido eliminar o disminuir los beneficios convenidos, aumentar la cotización pactada o realizar cualquier otra modificación que perjudique al cotizante y demás beneficiarios.



Las prohibiciones mencionadas también regirán para los casos de suspensión del contrato de trabajo o reducción temporal de la jornada laboral.

Artículo 197 ter.- El incumplimiento, por parte de las Instituciones, de lo señalado en el artículo anterior, será sancionado con las multas a que se refiere el artículo 220 de esta ley.”.

Artículo transitorio.- En el caso de que una Institución de Salud Previsional haya hecho uso de las facultades a que se refiere el artículo 197 bis, que por el artículo único de esta ley se incorpora en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entre el 18 de marzo de 2020 y el día en que entre en vigencia esta ley, deberá reembolsar al cotizante lo pagado en exceso, dejar sin efecto el término del contrato o restablecer las prestaciones y beneficios de salud, según corresponda.

En los casos en que la pérdida de la relación laboral haya generado el término del contrato de salud o la modificación del plan de salud en los términos a que alude el artículo 197 bis del artículo único de esta ley, entre el 18 de marzo de 2020 y el día en que ésta entre en vigencia, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer al cotizante dejar sin efecto el término de contrato o restablecer los beneficios y cotizaciones pactadas, según corresponda.

El reembolso a que diere lugar la aplicación de este artículo, deberá ser realizado por la Institución de Salud Previsional en un plazo no superior a treinta días corridos. El restablecimiento de las prestaciones y beneficios de salud operará de pleno derecho al momento de entrar en vigencia esta ley.”.

En una primera instancia, se presentaron las siguientes indicaciones parlamentarias:

**La indicación N° 1 de los Honorables Senadores señora Goic y señores Quinteros y Girardi**, deroga los incisos tercero y quinto del artículo 197 del DFL N°1, del 2005, del Ministerio de Salud, que contienen la facultad de revisión anual de precios por parte de las Isapre y los planes alternativos que estas deben ofrecer cuando ejerzan esa atribución.

El inciso tercero artículo 197 vigente, autoriza a las Instituciones a revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el



precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan.

Por su parte, el inciso quinto del citado artículo, señala que si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas en el inciso tercero, podrá recurrir ante la Superintendencia.

**- Sometida a votación la indicación N° 1, resultó aprobada subsumida en la indicación N° 5, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**La indicación N° 2 de los Honorables Senadores señora Goic y señores Quinteros y Girardi, agrega el siguiente artículo 197 quater, nuevo:**

“Artículo 197 quater.- Las modificaciones a los precios base de los Planes de Salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- El Superintendente de Salud fijará anualmente la variación porcentual que las Isapres deberán aplicar al precio base de sus planes de salud.

2.- Para determinar la variación porcentual, el Superintendente de Salud deberá ajustarse al siguiente procedimiento:

a) Anualmente el Instituto Nacional de Estadísticas deberá calcular, indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral. Para estos efectos, a más tardar el último día hábil de noviembre de cada año, la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Superintendencia de Salud deberán proporcionar al Instituto Nacional de Estadísticas toda la información de que dispongan y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con este fin. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Instituto podrá solicitar a dichas instituciones o cualquier otra, cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de esta obligación.



b) Los indicadores a que alude esta letra serán informados al Superintendente de Salud por el Instituto Nacional de Estadísticas, a más tardar, el último día hábil del mes de enero de cada año; una vez recibida dicha información, la Superintendencia la publicará en el Diario Oficial y en su página web, durante al menos quince días hábiles.

c) Durante el mes de marzo del año respectivo, el Superintendente de Salud dictará la resolución que contenga el índice de variación porcentual que se aplicará a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en las páginas web de la Superintendencia de Salud y de las Isapres.

d) En caso de que la variación determinada, sea positiva, se incrementarán los precios; y de ser negativa, estos se reducirán. En ambos casos, el nuevo precio comenzará a regir automáticamente a contar del 1 de junio del año en curso para todos los planes existentes al 31 de diciembre del año anterior. Los precios de los planes creados desde el 1 de enero del año en curso no serán modificados.

e) Las reglas establecidas en este artículo no serán aplicables a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal, ni a aquellos planes de salud de carácter colectivo o grupal; las adecuaciones de precios de estos últimos se regirán por las normas pactadas en las condiciones que les dieron origen.”.

**- Sometida a votación la indicación N° 2, resultó aprobada subsumida en la indicación N° 5, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**La indicación N° 3, de los Honorables Senadores señora Goic y señores Quinteros y Girardi, agrega los siguientes artículos transitorios:**

“Artículo primero transitorio.- Las modificaciones introducidas por esta ley al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, comenzarán a regir para la adecuación de precios de los precios base de los planes de salud del período 2022 - 2023, siempre que la ley se publique a más tardar en el mes de noviembre de 2021. Si la ley se publica con posterioridad al mes de noviembre de 2021, las modificaciones comenzarán a regir para la adecuación de precios del período 2023 – 2024.”.



“Artículo segundo transitorio.- Todos los contratos de salud vigentes a la fecha de publicación de la presente ley, se regirán por esta en lo que diga relación con las modificaciones de precios. Todas las cláusulas de los contratos celebrados con anterioridad a dicha fecha, que contengan aspectos incompatibles con esta ley se tendrán por no escritas.”.

**- Sometida a votación la indicación N° 3, resultó aprobada subsumida en la indicación N° 7, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

En la siguiente sesión, **el señor Superintendente de Salud** manifestó que el proyecto en estudio es una buena iniciativa para liberar a las personas de la carga constante generada por la incertidumbre de las alzas aplicadas por las Isapres.

Observó que las indicaciones propuestas por los parlamentarios, establecen criterios para cálculo y fijación de un indicador de precios de prestaciones de salud. Define, a su vez, las competencias en el cálculo y la fijación del indicador. Establece criterios generales de cálculo del indicador. Establece los plazos de construcción de indicador. Asocia el resultado del indicador al incremento o disminución de los precios de los planes.

Señaló que el proceso que se propone en la indicación implicaría que la Subsecretaría de Redes, la Subsecretaría de Salud Pública, FONASA y la Superintendencia de Salud, deban entregar la información al INE, quien construiría un algoritmo y calcularía este indicador.

Informó que actualmente se realiza un proceso de validación de datos relevante, que se extiende durante todo el año. Detalló que cuando se encuentran con errores o faltas en los archivos maestros, tienen que volver a reprocesar los datos y se le exige a la Isapre corregirlos.

Finalmente se hace la entrega del archivo al INE, pero una vez que estén absolutamente validados los datos. Es un proceso de validación continúa y si es necesario se vuelve a reprocesar y a reenviar al INE nuevos datos.

El resultado es el mismo, establecer un indicador y fijar una banda de precios.



Agregó que las Isapres también tienen una obligación, porque la Superintendencia entrega los archivos a partir de la información recibida desde las Isapres, por lo tanto, se debería establecer una sanción especial para el caso que las Isapres no entreguen la información correcta.

A continuación, realizó observaciones a las indicaciones parlamentarias presentadas:

Señaló que no está muy clara la definición del cálculo y del indicador, y la forma de resolver la suspensión prolongada, toda vez que el proyecto plantea como condición la “alerta sanitaria” y no el estado de excepción como se establece en la indicación.

La indicación plantea que se considerará la frecuencia y el costo. Habla de precios de las prestaciones de salud, pero la fórmula del indicador (IRCSA), se basa en costos de prestaciones en salud, no necesariamente en precios. Son precisiones técnicas menores, pero que tienen relevancia para determinar el indicador.

Mencionó que la indicación no especifica los datos que pueden ser requeridos de los actores institucionales. A su vez, deja fuera del alcance la validación del proceso de producción de los registros en las Isapres, los que permiten generar las bases de datos a partir de los cuales se construyen los índices y el indicador.

Estimó que el indicador es absolutamente necesario y es la vía correcta para salir de esta discusión definitivamente, por ello, consideró relevante replicar la experiencia que la Superintendencia de Salud ha tenido en la práctica de dos años de cálculos y plasmarlo en una ley validada por todos.

**La Honorable Senadora señora Goic** comprendió que hay observaciones de parte del Ejecutivo, cuyo objeto es complementar las indicaciones presentadas por los parlamentarios, en ese sentido valoró estar cerca de un posible acuerdo.

Aseguró que el respaldo que el Gobierno le otorgue al proyecto, ayudaría a zanjar el problema.

**El señor Jaime González** aclaró que mantuvieron la postura de la inadmisibilidad del proyecto y la inconstitucionalidad respecto



del texto que estaba en discusión. Sin embargo, se realizaron esfuerzos por parte del Ejecutivo para lograr un acuerdo. A continuación, presentó las siguientes indicaciones, que recogen algunos de los elementos previamente discutidos:

**La indicación N° 4, del señor Presidente de la República,** sustituye el encabezado por el siguiente:

“Artículo único.- Modifícase 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, del siguiente modo:”.

**- Sometida a votación la indicación N° 4, resultó aprobada, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**La indicación N° 5 del señor Presidente de la República,** reemplaza los artículos 197 bis y 197 ter que se proponen incorporar, por el siguiente numeral 1), nuevo, del siguiente tenor:

“1) Reemplázase el artículo 198, por el siguiente:

“Artículo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que determinará la variación porcentual máxima que las Instituciones de Salud Previsional deberán aplicar al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del costo en subsidios por incapacidad laboral, del sistema privado de salud, y la incorporación de nuevas prestaciones, las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.



Un decreto supremo conjunto dictado por los Ministros de Salud y de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional; se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos e instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que eventualmente sean obtenidos estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional toda la información financiera, contable y operativa que se requiera para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros quince días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución, deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

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

e) En el plazo de 15 días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes



de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.”.”.

**El señor Superintendente de Salud** explicó que en el literal a), se hacen cargo de los reparos que se efectuaron al indicador, en el sentido que no incentivaba la contención de costos por parte de las Isapres, en este punto se incorporan, además, las variaciones en las frecuencias de las prestaciones, toda vez que el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro.

Hizo presente que se incorporó la modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre.

**- Sometida a votación la indicación N° 5, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**La indicación N° 6 del señor Presidente de la República,** agrega el siguiente numeral 2), nuevo, del siguiente tenor:

“2) Agrégase el siguiente artículo 198 bis, nuevo:

“Artículo 198 bis.- Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapre establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como con las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad a lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud.”.”.

**El señor Superintendente de Salud** comentó que incorporaron un componente de obligatoriedad a la salud preventiva, ahora



será un requisito que las Isapres deben cumplir para poder reajustar los planes de salud.

**- Sometida a votación la indicación N° 6, resultó, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**La indicación N° 7 del señor Presidente de la República** sustituye el artículo transitorio, por los siguientes artículos primero y segundo transitorios, nuevos:

“Artículo primero transitorio.- Los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud Previsional en los años 2020 y 2021, quedarán sin efecto y las Instituciones de Salud Previsional no podrán aplicar estos reajustes. Para lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá dictar todas las normas y medidas que sean necesarias para el fiel cumplimiento de lo establecido en el presente artículo transitorio.”.

**El señor Superintendente de Salud** informó que con el artículo primero transitorio propuesto, se soluciona el tema de las alzas, las que quedarán sin efecto.

“Artículo segundo transitorio.- El indicador a que se refiere el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se reemplaza en virtud de la presente ley, que se aplicará para el primer año de vigencia de la presente ley, deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022 en consideración con el año inmediatamente anterior.”.

**El señor Superintendente de Salud** explicó que el primer indicador, sin la norma técnica desarrollada con los otros componentes, tiene que contar con una certeza, que no se da en un año de pandemia. Recordó que para el año 2020, el indicador de la Superintendencia fue de 4,5% promedio, el 2021, fue -0,5%.

**- Sometida a votación la indicación N° 7, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los**



**miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**Los Honorables Senadores señora Goic y señor Quinteros** señalaron que sin bien las indicaciones presentadas por el Ejecutivo recogen algunos aspectos de las indicaciones parlamentarias, se deben perfeccionar ciertos asuntos, por ejemplo, especificar la fecha a partir de la cual se van a aplicar los reajustes.

**La Honorable Senadora señora Goic** reconoció la importancia de contar con indicaciones respaldadas por el Ejecutivo en esta materia.

**La Honorable Senadora señora Von Baer** destacó el aporte en la solución de una parte el problema de las alzas de los planes de este año, por otra parte, celebró la oportunidad de solucionar el tema en el mediano y largo plazo.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud en conjunto con el Ejecutivo, presentaron el siguiente texto de acuerdo, recogiendo las indicaciones aprobadas precedentemente:

**1.-** Reemplazar el artículo único aprobado por la Cámara de Diputados, por el siguiente:

“Artículo único.- Modifícase 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, del siguiente modo:

1) Modificar el artículo 197, como sigue:

a) En el inciso tercero:

i) Eliminar la frase: “en el mes de suscripción del contrato,”

ii) Reemplazar la frase “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período.” por la siguiente: “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado de conformidad a lo dispuesto en el artículo 198.”.



iii) Agregar a continuación de la frase “En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional.”, lo siguiente: En este caso, las Isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si este fuera superior”

b) En el inciso quinto:

Reemplazar la frase: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.”, por la siguiente: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primero de junio del año respectivo”

2) Reemplazar el artículo 198, por el siguiente:

“Artículo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de salud previsional que apliquen una variación porcentual al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier



otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional; se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. 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.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se requiera para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución, deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

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



e) En el plazo de 15 días corridos, contado desde la publicación del indicador al que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

3) Agregar el siguiente artículo 198 bis, nuevo:

“Artículo 198 bis.- Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapre establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como con las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad a lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al cincuenta por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas.”.

**2.-** Sustituir el artículo transitorio aprobado por la Cámara de Diputados, por los siguientes artículos primero, segundo y tercero transitorios, nuevos:

“Artículo primero transitorio.- Los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud



Previsional en los años 2020 y 2021, quedarán sin efecto y las Instituciones de Salud Previsional no podrán aplicar estos reajustes. Para lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá dictar todas las normas y medidas que sean necesarias para el fiel cumplimiento de lo establecido en el presente artículo transitorio.

Artículo segundo transitorio.- El indicador a que se refiere el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se reemplaza en virtud de la presente ley, que se aplicará para el primer año de vigencia de la presente ley, deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022 en consideración con el año inmediatamente anterior.

Artículo tercero transitorio. Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1° de enero del año 2022.”.

**- Sometida a votación la propuesta final, resultó aprobada, con modificaciones de redacción, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señoras Goic y Von Baer, y señores Chahuán, Girardi y Quinteros.**

**El Honorable Senador señor Quinteros** valoró el acuerdo alcanzado y la importancia de dejar sin efecto las alzas de los años 2020 y 2021, a su vez, se consignó que las alzas que realicen posteriormente las Isapres, serán determinadas por la Superintendencia de Salud.

Se establecen metas de promoción y de prevención de la salud, cuyo incumplimiento implica que las Isapres no podrán reajustar los precios.

Se prohíbe cambiar el factor en el caso del plan alternativo de salud; si el indicador es negativo, no hay alzas.

**El señor González** informó que la primera parte del acuerdo, son normas adecuatorias, que hacen un ajuste en lo referido a las cartas de aviso que reciben los beneficiarios todos los años respecto a las alzas de los planes base de salud.



En segundo lugar, se propone modificar el artículo 198 en virtud del cual se le da la facultad al señor Superintendente, quien fijará mediante una resolución anual, un indicador que será un máximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio base de sus planes de salud. Lo anterior está en sintonía con la indicación del Ejecutivo.

Se establece un procedimiento en virtud del cual el Superintendente, a través de plazos definidos en la misma ley, va a ejecutar dichas alzas.

Asimismo, ese cálculo, deberá contener el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en modalidad libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención del gasto en salud.

Se respetó lo propuesto por el Presidente de la República, sobre la validación mensual de los registros de prestaciones y su frecuencia, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral, enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

La propuesta aborda aspectos de validación y tramitación de los datos. Los nuevos precios entrarán en vigencia en junio de cada año, con las excepciones de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año y aquellos expresados en la cotización legal obligatoria.

Aclaró que las Isapres podrán efectuar una variación en los precios de los planes de salud, conforme al procedimiento establecido en ese artículo, siempre y cuando cumplan con la obligación establecida en la norma relacionada con implementar el plan preventivo de cada Isapre y los exámenes de medicina preventiva, pudiendo establecer cumplimientos parciales por parte del Superintendente, que no podrán ser inferiores al 50% del establecido en el decreto respectivo.

A su vez, se implementan tres normas transitorias, que señalan que no habrá ajustes a los precios de los planes de salud los años 2020 y 2021.

Además, se indica que para el primer año que esté en régimen el indicador, deberá considerarse el índice de los años 2020,



2021 y 2022, y el techo para dicho indicador será el reajuste del sector público.

El artículo tercero transitorio, precisa que las metas a que se refiere el artículo 198, que son los exámenes de medicina preventiva, entrarán en vigencia a contar del primero de enero del año 2022.

Finalmente destacó que el texto consensuado se basó en las indicaciones presentadas por los parlamentarios y en las indicaciones presentadas por el Presidente de la República, y se incorporaron mínimas precisiones.

**La Honorable Senadora señora Von Baer** consultó si queda suficientemente claro que no habrá alzas en los precios de planes de las Isapres hasta que termine la pandemia.

**El Honorable Senador señor Quinteros** explicó que no se implementarán alzas en el año 2020, que se estaba aplicando retroactivamente, tampoco en el año 2021.

Las alzas que se realicen los siguientes años, serán determinadas por la Superintendencia de Salud, quien establecerá un techo máximo.

**La Honorable Senadora señora Goic** consultó si esto significa que las cartas que se enviaron de adecuación de precios de planes quedarían sin efecto.

**El señor González** señaló que lo consultado está contenido en el artículo primero transitorio que indica que los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud Previsional en los años 2020 y 2021, quedarán sin efecto y las Instituciones de Salud Previsional no podrán aplicar estos reajustes.

**El señor Superintendente** señaló que el acuerdo es fruto de un entendimiento de la situación actual, se hace cargo de la realidad del país y las alzas que se venían produciendo, dando certeza y transparencia al sistema.

Es una situación inédita, porque en lo sucesivo, habrá un parámetro objetivo para determinar la reajustabilidad de los planes.



**La Honorable Senadora señora Von Baer** consultó si es la Superintendencia quien va a determinar si las instituciones cumplen o no con la salud preventiva, cómo lo realizarán en la práctica.

**El señor Superintendente de Salud** a la pregunta formulada, respondió que la evaluación se realiza en la Superintendencia cada año. El decreto GES establece las metas de cobertura y lo que se va a cubrir dentro del examen de medicina preventiva, según el artículo 138 del DFL N°1.

Puntualizó que si bien, la obligación está establecida en el artículo 138, su incumplimiento no tiene aparejada ninguna sanción. Comentó que al analizar los números, muchas de las metas de cobertura fluctúan entre 0%, 0,1% y 0,2%, y estimó que alcanzar el 50% como mínimo, constituye un cambio sustancial que va a cambiar la situación sanitaria de las personas afiliadas al sistema privado y las propias ISAPRES se darán cuenta que les va a impactar favorablemente en sus costos futuros.

-----

### **MODIFICACIONES**

En conformidad a los acuerdos adoptados, la Comisión de Salud, tiene el honor de proponerles aprobar el proyecto de ley despachado por la Cámara de Diputados, con las siguientes modificaciones:

#### **Artículo único**

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo único.- Modifícase 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, del siguiente modo:”.

1) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 197:

a) En el inciso tercero:

i) Elimínase la frase: “en el mes de suscripción del contrato,”



ii) Reemplázase la frase “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período.”, por la siguiente: “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado de conformidad a lo dispuesto en el artículo 198.”.

iii) Agrégase a continuación de la frase “En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional.”, lo siguiente: “En este caso, las Isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si este fuera superior.”.

b) En el inciso quinto:

Reemplázase la frase: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.”, por la siguiente: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primero de junio del año respectivo.”.

2) Reemplázase el artículo 198, por el siguiente:

“Artículo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de salud previsional que apliquen una variación porcentual al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de



salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional; se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. 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.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se requiera para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución, deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.



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

e) En el plazo de 15 días corridos, contado desde la publicación del indicador al que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

3) Agrégase el siguiente artículo 198 bis, nuevo:

“Artículo 198 bis.- Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapre establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como con las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad a lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al cincuenta por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas.”.

**(Indicaciones N<sup>os</sup> 1, 2, 4, 5 y 6, con modificaciones. Unanimidad 5x0)**



### **Artículo transitorio**

- Sustituirlo por los siguientes artículos primero, segundo y tercero transitorios, nuevos:

“Artículo primero transitorio.- Los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud Previsional en los años 2020 y 2021, quedarán sin efecto y las Instituciones de Salud Previsional no podrán aplicar estos reajustes. Para lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá dictar todas las normas y medidas que sean necesarias para el fiel cumplimiento de lo establecido en el presente artículo transitorio.

Artículo segundo transitorio.- El indicador a que se refiere el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se reemplaza en virtud de la presente ley, que se aplicará para el primer año de vigencia de la presente ley, deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022 en consideración con el año inmediatamente anterior.

Artículo tercero transitorio. Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1° de enero del año 2022.”.

**(Indicaciones N°s 3 y 7, con modificaciones. Unanimidad 5x0)**

-----

### **TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN DE SALUD**

En conformidad con los acuerdos adoptados, la Comisión de Salud tiene a honra proponer al Senado que apruebe en general y en particular, el siguiente proyecto de ley:

#### **PROYECTO DE LEY:**

**“Artículo único.- Modifícase 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, del siguiente modo:**



1) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 197:

a) En el inciso tercero:

i) Elimínase la frase: “en el mes de suscripción del contrato,”.

ii) Reemplázase la frase “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período.”, por la siguiente: “La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado de conformidad a lo dispuesto en el artículo 198.”.

iii) Agrégase a continuación de la frase “En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional.”, lo siguiente: “En este caso, las Isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si este fuera superior.”.

b) En el inciso quinto:

Reemplázase la frase: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.”, por la siguiente: “Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primero de junio del año respectivo.”.

2) Reemplázase el artículo 198, por el siguiente:



**“Artículo 198.- Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:**

**1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de salud previsional que apliquen una variación porcentual al precio base de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.**

**2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:**

**a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.**

**Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.**

**b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional; se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo**



del indicador. 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.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se requiera para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución, deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

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

e) En el plazo de 15 días corridos, contado desde la publicación del indicador al que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

3) Agrégase el siguiente artículo 198 bis, nuevo:



**“Artículo 198 bis.- Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapre establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como con las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad a lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al cincuenta por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas.”.**

**Artículo primero transitorio.- Los ajustes de precios de los planes de salud informados por las Instituciones de Salud Previsional en los años 2020 y 2021, quedarán sin efecto y las Instituciones de Salud Previsional no podrán aplicar estos reajustes. Para lo anterior, la Superintendencia de Salud podrá dictar todas las normas y medidas que sean necesarias para el fiel cumplimiento de lo establecido en el presente artículo transitorio.**

**Artículo segundo transitorio.- El indicador a que se refiere el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se reemplaza en virtud de la presente ley, que se aplicará para el primer año de vigencia de la presente ley, deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022 en consideración con el año inmediatamente anterior.**

**Artículo tercero transitorio. Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1° de enero del año 2022.”.**

-----



Acordado en sesiones celebradas los días 13, 21 y 27 de abril, y los días 5 y 19 de mayo de 2021, con asistencia de los Honorables Senadores señor Rabindranath Quinteros Lara (Presidente), señoras Carolina Goic Borojevic y Ena Von Baer Jahn, y señores Francisco Chahuán Chahuán y Guido Girardi Lavín.

Valparaíso, 24 de mayo de 2021.



**JULIO CÁMARA OYARZO**  
Secretario Accidental



## RESUMEN EJECUTIVO

### INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE SUSPENDE LA FACULTAD DE LAS ISAPRES PARA ADECUAR LOS PLANES DE SALUD DURANTE LA SITUACIÓN QUE INDICA.

(BOLETINES N<sup>os</sup> 13.502-11, 13.503-11 y 13.504-11, REFUNDIDOS)

---

**I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** Reemplazar el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N<sup>o</sup>1, de 2005, del Ministerio de Salud, en lo relativo a las modificaciones a los precios base de los planes de salud, sujetando la determinación de la reajustabilidad de los planes a un procedimiento establecido y con un parámetro objetivo. A su vez, se establece que no habrá ajustes a los precios de los planes de salud los años 2020 -que se estaban cobrando retroactivamente- y 2021.

**II ACUERDOS:** aprobado en general y en particular (4x1 abstención y 5x0, respectivamente.)

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** un artículo permanente y tres artículos transitorios.

**IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** el proyecto es de quórum calificado, de acuerdo con el ordinal 18<sup>o</sup> del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

**V. URGENCIA:** no tiene.

**VI. ORIGEN e INICIATIVA:** mociones de los Diputados señores Florcita Alarcón, Boris Barrera, Andrés Celis, Renato Garín, Tomás Hirsch, Ximena Ossandón, Patricio Rosas y Raúl Soto, el primero; señores Gabriel Boric, Diego Ibáñez, Gonzalo Winter y Gael Yeomans, el segundo, y del señor Miguel Crispi, el tercero.

**VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo trámite.

**VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** 135 votos a favor, 10 en contra y 7 abstenciones.



**IX. INICIO DE LA TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 30 de marzo de 2021.

**X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** primer informe, en general y en particular.

**XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

- Constitución Política del Estado, artículo 19, N° 9 y 18; derecho a la protección de la salud y derecho a la seguridad social.

- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469.

-----

Valparaíso, 24 de mayo de 2021.



**JULIO CÁMARA OYARZO**  
Secretario Accidental